

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
JOËLLE SIMARD

LE CONTE COMME LIEU D'EXPRESSION DE L'ÉTAT DÉPRESSIF
DES PERSONNES ÂGÉES

SEPTEMBRE 2002

2189

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.

Sommaire

Le conte est très utilisé en tant qu'outil diagnostique, notamment auprès des enfants. Chez eux, il permet entre autres choses, de cerner le vécu dépressif (Stirtzinger, 1983). Chez les gens âgés, l'usage du conte demeure limité bien qu'ils s'y projettent fortement (Lavallée, 1999). D'ailleurs, Luborsky (1993) a démontré que les récits racontés par des personnes âgées dépressives sont différents de ceux narrés par des non dépressives. En outre, chez la clientèle âgée, la dépression est le trouble mental le plus fréquent (Zarit & Zarit, 1998) malgré qu'elle demeure largement sous-diagnostiquée (O'Connor, 1998; Rabins, 1996). L'inadéquation entre les tests de dépression actuels et les caractéristiques de la dépression gériatrique explique une partie de ce phénomène (Cappeliez, 1993) qui est très problématique compte tenu des graves conséquences qu'il entraîne (Ferrey & Le Gouès, 1997). Afin de valider l'utilisation du conte en tant qu'instrument d'évaluation de la dépression gériatrique, 62 participants, âgés en moyenne de 69,79 ans, ont répondu au QDB (Questionnaire de dépression de Beck). Ils ont aussi raconté un conte qui a été noté de façon intégrale. Deux évaluatrices ont analysé chacun des contes, d'abord selon la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982). Par la suite, elles ont mesuré le nombre d'éléments dépressifs contenus dans chaque conte à l'aide d'une grille construite à partir des indicateurs de dépression définis par Morval. Les analyses statistiques se sont intéressées à l'accord inter-juges et à la relation entre les résultats de l'analyse des contes et l'état dépressif tel qu'il ressort du QDB. L'accord inter-juges mesuré au niveau de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression se situe à 96,18 % lorsque

tous les critères sont pris en compte. Il diminue à 53,76 % lorsque les critères de la grille qui ont été jugés absents par les deux évaluateurs sont exclus du calcul. Les cotations des contes établies par les juges et les résultats du QDB sont corrélés ensemble de la façon suivante: $r_1(60) = 0,46, p < 0,001$ et $r_2(60) = 0,48, p < 0,001$. Le niveau de ces corrélations est très acceptable considérant les grandes différences entre le QDB et la méthode du conte. En somme, le conte s'avère bel et bien un lieu d'expression de l'état dépressif des personnes âgées. Ces résultats sont de nature à encourager la poursuite des recherches dans le domaine de l'évaluation de la dépression gériatrique par l'entremise du conte et dans le cadre plus général de l'utilisation du conte en tant qu'outil diagnostique auprès des personnes âgées.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique	5
Méthode.....	38
Résultats	49
Discussion	68
Conclusion	93
Référence.....	95
Appendice A.....	103
Appendice B.....	106
Appendice C.....	109
Appendice D.....	111
Appendice E	114
Appendice F	117

Liste des tableaux

Tableau 1. Corrélations entre les résultats des évaluatrices à la grille d'analyse des contes pour la variable dépression.....	62
Tableau 2. Pourcentage d'accord inter-juges au niveau de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression (1 ^{er} calcul).....	63
Tableau 3. Pourcentage d'accord inter-juges au niveau de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression (2 ^e calcul)	65
Tableau 4. Corrélations entre les indices dépressifs des contes évalués par chacun des juges et les résultats au QDB.....	67

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à madame Françoise Lavallée, ma directrice de recherche, qui a su me transmettre sa passion pour les contes et pour le travail auprès des personnes âgées. Elle fut une source d'inspiration tout au long du processus qui a permis de rendre ce projet à terme. Ses idées, ses commentaires et ses encouragements, toujours honnêtes et constructifs, ont été grandement appréciés à toutes les étapes de ce travail. Merci infiniment.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement mon codirecteur de recherche, monsieur Jacques Baillargeon, qui a grandement contribué à la réussite de cette étude. Sa participation et son engagement dans ce projet furent une aide précieuse. Sa capacité d'analyse et son sens critique m'ont poussée à aller plus loin dans l'exploration de mon sujet d'étude. Merci infiniment.

De plus, je remercie du fond du cœur madame Jocelyne Grenier. C'est l'union de son travail au mien, de ses forces aux miennes, qui a rendu la réalisation de cette recherche possible. L'entreprise dans laquelle nous avons choisi de nous engager n'était pas de tout repos, mais ensemble, nous avons réussi à relever ce grand défi de belle façon. Merci infiniment.

Finalement, il me faut remercier la Fondation Edper Brascan dont je suis l'heureuse boursière. Je suis très fière d'avoir été choisie à ce titre. Je dois sincèrement avouer que l'aide offerte m'a permis de me consacrer à mon projet de recherche et de le mener à terme rapidement. Merci infiniment.

Introduction

Au sein de la psychologie clinique, le conte est à la fois un outil thérapeutique et diagnostique. L'aspect thérapeutique est d'un grand intérêt, cependant, il sera mis de côté ici afin de laisser toute la place à l'utilité diagnostique du conte.

En tant qu'outil d'évaluation, le conte est particulièrement populaire chez les psychologues œuvrant auprès des enfants. Cette recherche veut innover en tentant de faire valoir la pertinence de recourir au conte dans le cadre du travail auprès des personnes âgées.

Dans le domaine de la psycho-gérontologie, le développement d'outils diagnostiques adaptés est nécessaire. Une lacune évidente est notamment observée en ce qui a trait à l'évaluation de la dépression chez les gens âgés.

Ainsi, cette recherche porte simultanément sur deux objectifs. Elle veut tenter de valider l'utilisation du conte en tant qu'outil diagnostique chez les personnes âgées tout en explorant une nouvelle méthode d'évaluation de la dépression gériatrique.

Utiliser le conte comme instrument d'évaluation implique d'en faire une analyse, de l'interpréter. Compte tenu de la ressemblance entre un conte et une histoire racontée

au TAT, il a été jugé à propos d'utiliser une méthode d'interprétation de ce dernier test afin d'analyser les contes recueillis. La méthode choisie est celle de Morval (1982).

Considérant que cette étude s'intéresse de façon précise à la variable dépression, il fallait extraire de l'interprétation des contes un indice de dépression qu'il serait possible de comparer à l'état dépressif des participants tel que mesuré par l'entremise du QDB (Questionnaire de dépression de Beck). Cela a été fait en se basant encore une fois sur le travail effectué par Morval en regard du TAT.

Comme la démarche utilisée ici est de nature novatrice, il était pertinent de s'assurer d'un minimum de rigueur au plan du dénombrement des indices dépressifs présents dans les contes. À cet effet, deux évaluatrices ont interprété individuellement tous les contes obtenus dans le cadre de cette étude. La comparaison de leurs jugements permet de procéder à des analyses d'accord inter-juges. Par la suite, leurs cotations ont été mises en corrélation avec les résultats du QDB.

La première section de ce mémoire, le contexte théorique, abordera les travaux précédents portant sur l'utilisation du conte en tant qu'outil diagnostique. Elle fera aussi le point sur l'état actuel des connaissances à propos de la dépression gériatrique. La seconde section sera consacrée à décrire la méthodologie utilisée afin de rencontrer l'objectif de la présente étude. La troisième portera sur les résultats obtenus à la suite du

traitement des données. Finalement, la quatrième section, la discussion, explorera les résultats en tentant de les expliquer et d'en mesurer la portée.

Contexte théorique

Le conte en tant qu'outil d'évaluation psychologique

La seule évocation des mots magiques *Il était une fois* transporte instantanément tant le narrateur d'un conte que ses interlocuteurs, dans un espace merveilleux (Ben Rejeb & Douky, 1992). Cet espace-temps particulier est celui de la symbolisation, c'est-à-dire celui qui chevauche la frontière entre la réalité et l'imaginaire (Pelsser, 1986).

L'espace-temps du conte est si distant de la vie quotidienne des individus (Stirtzinger, 1983) que ceux-ci s'y projettent fortement (Ben Rejeb & Douky, 1992; Bettelheim, 1976; Blomart & Hoornaert, 1999; Diatkine, 1998; Gosselin, 1990; Samson, 1985). Lorsqu'une personne invente une histoire, ses propos dépeignent sa réalité psychologique interne (Scorzelli & Gold, 1999), celle à laquelle elle n'a pas toujours consciemment accès (Cramer, 1996). Cette grande qualité, qu'a le conte de susciter la projection, est depuis longtemps connue des psychologues. Ceux-ci ont d'ailleurs fait du conte, un outil diagnostique fort utilisé.

Le TAT (Thematic Apperception Test), un des instruments d'évaluation psychologique des plus connus, découle directement de la prémisse voulant que les individus se projettent au sein des récits qu'ils inventent (Cramer, 1996). Au cours de passation d'un TAT, des planches (images) sont présentées au sujet afin de favoriser la

projection. Depuis sa publication officielle en 1943, le TAT de Murray et Morgan a fait l'objet de nombreuses adaptations. Ainsi des tests comme le CAT (Children's Apperception Test), le SAT (Senior Apperception Technique) et le Patte-Noire découlent du travail de Murray et Morgan (Morval, 1982).

Une autre forme d'évaluation psychologique émane de l'hypothèse de l'existence d'un mécanisme projectif à travers le conte. Il s'agit des différentes méthodes narratives qui exigent que la personne évaluée invente un conte, mais cette fois-ci, en l'absence de support visuel. Ces derniers outils diagnostiques concernent particulièrement la présente recherche et seront donc discutés en détails ici. Ils seront présentés en fonction des clientèles auxquelles ils sont destinés, soit les enfants et les adolescents ainsi que les personnes âgées.

L'évaluation psychologique des enfants par l'entremise du conte

Bien entendu, la plupart des instruments d'évaluation psychologique reliés au conte sont destinés aux enfants et aux adolescents. À cet effet, Royer (1992) a élaboré et validé le Test des contes qui s'adresse aux enfants de 5 à 13 ans. Le Test des contes est de nature exclusivement narrative. Il se compose de 21 débuts d'histoires que l'enfant est amené à compléter. Ces histoires ont été conçues dans le but d'explorer les thèmes importants liés au début de la vie : traumatisme de la naissance, sentiment d'abandon, problèmes oraux, rivalité dans la fratrie, sentiment d'infériorité, locomotion, propreté et

entourage de l'enfant. La passation du test est simple. Elle se déroule sous forme d'entrevue individuelle. Royer a établi un système de normes qui s'applique aux réponses de l'enfant et qui permet de diagnostiquer sa problématique. Le Test des contes fournit aussi l'occasion de cerner l'évolution du développement affectif et psychologique de l'enfant.

Le Test des contes de Royer a intéressé De Tychey (1993a) qui a cherché à en étudier la pertinence. Il a sélectionné le « conte de la fourmi », l'un des 21 contes que contient le test, afin d'évaluer le développement de l'image corporelle chez les enfants. L'étude portait sur trois groupes d'enfants répartis en fonction de l'âge : 1) de 4 à 5 ans et 11 mois; 2) de 6 à 10 ans et 11 mois; et 3) de 11 à 14 ans. Chaque groupe était composé de 20 filles et de 20 garçons. Les analyses effectuées ont démontré que les réponses des filles et des garçons, à l'intérieur des trois groupes, ne se distinguaient pas de manière significative. Par contre, l'intégration du schéma corporel augmente significativement avec l'avancement en âge. En somme, De Tychey a conclu que le « conte de la fourmi » de Royer donne accès à l'image du corps telle qu'elle est ressentie par les enfants en plus de fournir des indicateurs de normalité et de pathologie à ce sujet. En outre, cet auteur suggérait aussi que la technique qu'il a employée soit validée auprès des personnes âgées dans le but d'étudier les modifications qui surviennent au niveau de l'image corporelle au moment de la vieillesse.

De Tychey (1993b) a aussi appliqué le Test des contes de Royer auprès des adolescents. À cet effet, il a sélectionné deux groupes de 40 adolescents; le premier comprenait des adolescents présentant une dysharmonie d'évolution de structure psychotique alors que le second était composé d'adolescents jugés normaux. Chaque groupe contenait 20 filles et 20 garçons. L'hypothèse de De Tychey était à l'effet que l'étude des productions narratives des participants au conte « des renards » et à celui « de l'oisillon » permettrait de distinguer les deux groupes d'adolescents sur un certain nombre de variables. Les résultats furent concluants. En effet, les adolescents présentant une structure psychotique étaient significativement moins nombreux à imaginer, au sein de leurs histoires, des parents protecteurs, sécurisants et soucieux de répondre aux besoins de base de leur progéniture. De plus, les adolescents normaux réussissaient plus souvent que les autres à imaginer une fin heureuse aux situations de séparation évoquées dans les deux contes. En somme, le Test des contes de Royer s'avère un outil efficace dans l'évaluation psychologique des adolescents. Selon De Tychey, les résultats obtenus par le groupe d'adolescents présentant une dysharmonie de l'évolution démontrent que ceux-ci ont projeté, à l'intérieur de leurs contes, les carences primaires dont ils ont fait l'objet, carences qui demeurent gravées en eux.

Le Test de contes de Royer n'est pas le seul outil d'évaluation basé sur le conte. En effet, d'autres techniques existent, tel que le démontre l'étude de Blomart et Hoornaert (1999). Aux fins de leur expérimentation, ces chercheurs ont d'abord sélectionné, parmi les contes de Grimm et d'Andersen, cinq histoires d'animaux qui

abordaient des thèmes qu'ils jugeaient significatifs en fonction de la composition de leur échantillon, un groupe d'enfants âgés entre 5 et 10 ans qui présentaient d'importants problèmes familiaux et personnels. Ils ont raconté ces cinq contes aux enfants. Par la suite, chaque enfant a été rencontré dans le cadre d'une entrevue individuelle au cours de laquelle il devait raconter l'histoire qu'il avait préférée et répondre à certaines questions de l'examineur. Les chercheurs ont utilisé une grille conçue à partir des écrits de Brémond (1973; cité dans Blomart & Hoornaert, 1999) et de Ombredane (1969; cité dans Blomart & Hoornaert, 1999) afin d'analyser les réponses des enfants. Leur principal intérêt portait sur la façon dont les enfants ont modifié le conte original en ajoutant ou en omettant certaines informations. Blomart et Hoornaert ont rapporté des résultats intéressants. Ils ont d'abord constaté que si, au départ, l'écoute d'un conte rebutait aux enfants, ceux-ci y ont pris goût et se sont montrés de plus en plus calmes et attentifs aux histoires. L'analyse du contenu narratif qui ressort des entretiens individuels avec les enfants a démontré qu'ils avaient largement modifié l'histoire qu'ils avaient entendue. En fait, les auteurs ont conclu que les contes avaient servi d'espace projectif et qu'à ce titre, ils s'avéraient plus intéressants que les autres tests projectifs qui avaient antérieurement été administrés aux enfants puisqu'ils leur avaient permis d'extérioriser davantage leurs affects.

Il existe une dernière technique d'évaluation exclusivement narrative destinée aux enfants. Il s'agit d'une méthode utilisée, en thérapie, par Scorzelli et Gold (1999), et par Stirtzinger (1983), à quelques variantes près. Dans la procédure élaborée par Scorzelli et

Gold, le thérapeute suggère à l'enfant d'inventer un conte avec lui. Le conte est pris en note, soit par l'enfant, soit par le thérapeute. Ce dernier débute l'histoire avec les mots *Il était une fois* et l'enfant complète par une phrase. Le thérapeute réplique lui aussi par une phrase et ainsi de suite jusqu'à ce que l'enfant termine l'histoire. Malgré qu'il participe activement au conte, le rôle du thérapeute demeure discret puisqu'il s'efforce de laisser à l'enfant la responsabilité d'inventer les actes du héros et d'identifier ses sentiments. Cette technique permet à l'enfant de parler de lui-même de façon indirecte, c'est-à-dire en transposant son vécu intérieur dans la peau du héros du conte. Selon Scorzelli et Gold, cette façon de faire donne accès aux pensées et aux préoccupations de l'enfant. Elle informe aussi sur la façon dont il perçoit et conceptualise son environnement. À travers le conte, l'enfant transmet au thérapeute sa perception de lui-même, son estime de soi et la façon dont il réagit aux problèmes. Stirtzinger utilise une technique très semblable, cependant, elle laisse à l'enfant le soin d'inventer, seul et sans aucune restriction, l'ensemble du conte. Elle lui demande aussi de trouver un titre à son histoire. Lorsque l'enfant a terminé son récit, Stirtzinger l'interprète selon un cadre d'analyse psychodynamique. Elle s'arrête particulièrement au personnage qui représente l'enfant, à l'atmosphère du conte et aux émotions qui s'en dégagent. Cette technique lui permet de mieux saisir les conflits et les mécanismes de défense inhérents à son jeune client. Par le conte, elle accède au vécu affectif de l'enfant, ce qui s'avère bénéfique au niveau de son intervention.

L'évaluation psychologique des personnes âgées par l'entremise du conte

Dans l'esprit populaire, et même dans celui de plusieurs psychologues, le conte est souvent réservé au monde des enfants. Malgré cela, il peut apporter une aide appréciable dans l'évaluation d'autres clientèles, notamment de la population âgée. Dans le domaine trop peu exploré de l'utilisation du matériel narratif en tant qu'outil d'évaluation des personnes âgées, Luborsky (1993) et Lavallée (1999) sont des précurseurs.

D'abord, Luborsky (1993) s'est intéressé aux distinctions entre les productions verbales des personnes âgées dépressives et de leurs homologues non déprimées. Contrairement aux techniques précédentes, Luborsky n'a pas exigé que les participants âgés inventent un conte, il leur a plutôt demandé de raconter leur vie, de façon libre et non limitée dans le temps. Le verbatim des rencontres a été soumis à une analyse qui portait sur la structure du récit, sur la façon dont les participants avaient regroupé leurs différentes expériences de vie et sur le sens qu'ils donnaient à leur vie. Les résultats ont démontré que les récits des deux groupes se distinguaient significativement. Ainsi, les personnes âgées déprimées, contrairement aux autres, organisaient généralement leur récit en fonction des thèmes qui les préoccupaient. De plus, la séquence dans laquelle ils présentaient l'information était chronologiquement moins bien organisée que celle des personnes non dépressives. Le groupe dépressif fournissait aussi moins d'action narrative ou d'évaluation des événements.

De son côté, Lavallée (1999) a cherché à évaluer la pertinence d'utiliser le conte en tant que méthode d'évaluation psychologique de la population âgée. Cette expérience exploratoire s'inscrivait dans la volonté de la chercheuse de mettre au point un outil diagnostique adapté aux particularités de cette clientèle. Elle entreprit donc de demander à une cinquantaine de personnes âgées de lui raconter un conte comme elles pourraient le faire pour un enfant de 3 ou 4 ans. Elle prenait intégralement en note les contes inventés par les participants. Lavallée s'en remit à la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982) dans le but d'analyser le matériel narratif ainsi recueilli. Cette étude lui a permis de constater que les gens âgés étaient très ouverts à l'évaluation psychologique par l'entremise des contes. En effet, ceux-ci avaient obtempéré très volontairement à sa consigne. De plus, ils s'étaient fortement projetés au sein de leur récit. La problématique abordée, la description des personnages et de leurs besoins ainsi que le dénouement de l'histoire reflétaient le vécu psychologique des participants. Les thèmes les plus fréquemment mis en scène concernaient l'adaptation dans toutes ses formes ainsi que les valeurs auxquelles tiennent les personnes âgées. Une recherche subséquente (Lavallée, Simard, & Grenier, 2002), de nature plus thérapeutique celle-là, a une fois de plus permis de mettre en évidence la grande capacité des personnes âgées à se projeter au sein d'un conte.

L'étude des diverses utilisations du conte dans un objectif diagnostique démontre bien qu'il est majoritairement employé auprès des enfants. Cependant, il appert que les personnes âgées se projettent facilement dans les contes qu'elles inventent et que

l'organisation narrative de leurs productions permet de distinguer celles qui souffrent de dépression de celles qui n'en souffrent pas. La présente recherche veut poursuivre la démarche d'évaluation de la pertinence d'utiliser le conte comme outil diagnostique auprès de la population âgée. Elle tentera aussi d'explorer plus à fond le recours au conte dans le but d'évaluer la dépression chez cette clientèle. Cet objectif requiert d'abord une connaissance plus approfondie de la dépression chez les gens âgés, c'est pourquoi la prochaine partie du contexte théorique y sera consacrée.

La dépression chez les personnes âgées

Définition de la dépression

Dans le monde médical et scientifique, la dépression est conçue comme étant une catégorie globale qui renferme un éventail de manifestations dépressives allant de la présence de quelques symptômes jusqu'aux troubles dépressifs faisant l'objet d'un diagnostic. La gamme des symptômes dépressifs est aussi très grande, incluant autant les *bleus* que chacun traverse périodiquement que le retrait psychotique ou le suicide (Butler, Lewis, & Sunderland, 1998). Ce sont le nombre et la durée des symptômes dépressifs qui permettent de déterminer quel diagnostic devrait recevoir un individu dépressif.

En excluant la possibilité d'un trouble bipolaire, un individu qui présente des symptômes dépressifs est susceptible de recevoir, l'un des quatre diagnostics suivants : 1) épisode dépressif majeur; 2) trouble dysthymique; 3) trouble de l'adaptation et 4) trouble dépressif non spécifié. C'est à l'intérieur du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1996), sous la rubrique des troubles de l'humeur, que sont présentés les critères permettant de conclure aux diagnostics d'épisode dépressif majeur, de trouble dysthymique ou de trouble dépressif non spécifié alors que le trouble de l'adaptation forme une catégorie diagnostique à lui seul. Bien que certains suggèrent qu'il en soit autrement (Cappeliez, 1993; Rabins, 1996), les critères diagnostiques définis dans le DSM-IV s'appliquent autant aux personnes âgées qu'aux adultes plus jeunes.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur, aussi nommé dépression majeure, est retenu lorsqu'une personne présente, pendant une même période de deux semaines, au moins cinq des critères suivants, dont au moins l'un des deux premiers : 1) humeur dépressive; 2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir; 3) perte ou gain de poids significatif; 4) insomnie ou hypersomnie; 5) agitation ou ralentissement psychomoteur; 6) fatigue ou perte d'énergie; 7) sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive; 8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision; et 9) pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires (APA, 1996). Afin de conclure à ce diagnostic, les symptômes présents doivent entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel et ils ne doivent pas être dus à la consommation

de drogue ou de médicament ou à la présence d'une maladie physique. En cas de deuil, le diagnostic d'épisode dépressif majeur n'est pas non plus employé (APA, 1996). Lorsqu'un individu présente un épisode dépressif majeur pour la première fois, il s'agit d'un trouble dépressif majeur, épisode unique. Mais s'il traverse un tel épisode à plus d'une reprise, il s'agit alors d'un trouble dépressif majeur, récurrent (APA, 1996).

Le trouble dysthymique, quant à lui, peut être décrit comme étant une version amoindrie, mais persistante de l'épisode dépressif majeur décrit ci-haut. Pour recevoir le diagnostic de trouble dysthymique, une personne doit présenter une humeur dépressive, plus d'une journée sur deux pendant une période de deux ans. Lorsqu'elle est présente, cette humeur dépressive doit s'accompagner d'au moins deux des symptômes suivants : 1) perte d'appétit ou hyperphagie; 2) insomnie ou hypersomnie; 3) baisse d'énergie ou fatigue; 4) faible estime de soi; 5) difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions; et 6) sentiment de perte d'espoir (APA, 1996). Pendant la période de deux ans, les symptômes ne doivent pas s'estomper plus de deux mois consécutifs. Aussi, ils ne doivent pas être mieux expliqués ni par la présence d'un autre trouble ou d'une maladie physique, ni par la consommation de drogue ou de médicament. Les symptômes doivent finalement entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel (APA, 1996).

À l'opposé des deux troubles précédents, le trouble de l'adaptation n'est pas à proprement parler un trouble dépressif. Il est plutôt de mise lorsqu'une personne

présente des symptômes émotifs et comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables (APA, 1996). Lorsque les symptômes prennent la forme de sentiments dépressifs, la mention « avec humeur dépressive » est ajoutée au diagnostic de trouble de l'adaptation. Si le vécu dépressif s'accompagne de symptômes anxieux, le diagnostic retenu devient alors celui de trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive (APA, 1996). En outre, pour conclure à un trouble de l'adaptation, les symptômes présents doivent engendrer une souffrance marquée ou une altération du fonctionnement et s'estomper au plus tard six mois après la disparition du facteur de stress (APA, 1996). Le DSM-IV spécifie qu'une situation de deuil n'est pas considérée comme un stress permettant éventuellement de diagnostiquer un trouble de l'adaptation.

Il arrive, particulièrement chez les personnes âgées, qu'aucun des trois diagnostics précédents ne soit approprié à la symptomatologie dépressive. Dans ces cas, le DSM-IV suggère le diagnostic de trouble dépressif non spécifié. À l'intérieur de cette catégorie se retrouvent : 1) le trouble dysphorique prémenstruel; 2) le trouble dépressif mineur; 3) le trouble dépressif bref récurrent; 4) le trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie; 5) l'épisode dépressif majeur surajouté à un trouble délirant; et finalement 6) « Toutes les situations où un trouble dépressif est présent d'après le clinicien, mais pour lequel ce dernier ne peut déterminer s'il est primaire, dû à une affection médicale générale, ou induit par une substance. » (APA, 1996, p. 413). Pour certains de ces troubles, des critères ont été établis et ils sont proposés en annexe du DSM-IV. Le trouble dépressif mineur, qui est présent lorsqu'un individu éprouve

pendant au moins deux semaines des symptômes dépressifs qui s'avèrent insuffisants pour diagnostiquer une dépression majeure, est celui qui intéresse le plus les chercheurs et les cliniciens œuvrant auprès de la population âgée (Blazer, 1994; Hybels, Blazer, & Pieper, 2001; Katz, Streim, & Parmelee, 1994; Kessler, Zhao, Blazer, & Swartz, 1997). Blazer (1994) croit que la création d'une catégorie diagnostique spécifique à la dépression mineure serait utile au niveau de l'étude de la dépression chez les personnes âgées. Il semble en effet que la dépression mineure décrive bien les symptômes expérimentés par les personnes âgées dépressives (Hybels et al., 2001). De plus, elle engendre des conséquences importantes au niveau du fonctionnement des individus ce qui en fait un trouble sérieux qui nécessite plus d'attention au niveau de la prévention et de l'intervention (Kessler et al., 1997).

En somme, à l'heure actuelle, le terme dépression est employé pour décrire les symptômes dépressifs dont souffre une personne. Dépendant du nombre, de la durée et de l'origine de ces symptômes, un des quatre diagnostics présentés plus haut pourra être retenu. Le trouble dépressif mineur, qui se situe actuellement à l'intérieur de la catégorie des troubles dépressifs non spécifiés, pourrait éventuellement devenir un cinquième diagnostic possible. En tant que diagnostic spécifique, il s'appliquerait très bien à la réalité de la dépression au 3^e âge (Hybels et al., 2001).

Étiologie de la dépression chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont généralement considérées comme étant une clientèle à risque de développer des symptômes dépressifs (Berger & Mailloux-Poirier, 1993; Caron, 2000; O'Connor, 1998; Vézina, Landreville, Bizzini, & Soucy, 2000). Il serait tentant d'affirmer que l'âge est un facteur de risque par rapport à la dépression, cependant, Vézina et ses collègues (2000) indiquent que la vieillesse et la dépression ne vont pas de pair. En effet, il a été démontré que même si les symptômes dépressifs augmentent avec l'âge, le vieillissement en soi n'est pas à l'origine de ce phénomène (Blazer, Burchett, Service, & George, 1991; Katz et al., 1994; Roberts, Kaplan, Shema, & Strawbridge, 1997a, 1997b). Si l'avancement en âge et la dépression semblent être en relation, c'est par l'entremise des facteurs qui accompagnent généralement le vieillissement, à savoir la diminution de l'état de santé et la perte de capacités (Hybels et al., 2001; Roberts et al., 1997a). Concrètement, Blazer et ses collègues (1991) ont observé que la faible relation statistique qui existe entre l'âge et la dépression disparaît lorsque les analyses tiennent compte des variables associées à la vieillesse.

Chez les personnes âgées, l'état de santé apparaît comme étant sans contredit le facteur de risque le plus en lien avec les symptômes dépressifs. L'importance de ce facteur dépasse celle des facteurs socio-démographiques, interpersonnels et environnementaux (Kennedy, 1996). L'établissement d'un lien entre la santé et la dépression remonte à Roth et Ray (1956, cités dans Kennedy, 1996) qui avaient établi

une relation entre une faible santé, des incapacités physiques et un premier épisode dépressif en fin de vie. Des recherches subséquentes ont permis de raffiner la compréhension des liens complexes et bidirectionnels qui prévalent entre la santé et la dépression. Ainsi, il est largement reconnu que cette dernière peut survenir en réaction à des problèmes de santé (Butler et al., 1998; Knight, 1989; Roose, Glassman, & Seidman, 2001). À ce niveau, les gens qui souffrent de maladies chroniques seraient particulièrement susceptibles de développer des symptômes dépressifs (Blazer et al., 1991; Katz et al., 1994; Roberts et al., 1997b), tout comme ceux qui sont aux prises avec des pertes de capacités (Blazer et al., 1991; Katz et al., 1994; Hybels et al., 2001; Roberts et al., 1997b; Snowdon, 1990; Weksler, 2000).

Le lien entre l'état de santé physique et la dépression est plus complexe qu'il n'apparaît au premier abord. Ainsi, si des ennuis physiques peuvent engendrer la dépression, la dépression peut, en retour, exacerber la douleur et les problèmes physiques existants (Katz et al., 1994; Vézina et al., 2000). Il apparaît donc que les symptômes dépressifs et les incapacités fonctionnelles se renforcent mutuellement (Lebowitz et al., 1997, Rodgers, 1995).

Aussi, il est de plus en plus reconnu que la dépression est associée à certaines affections dont souffrent régulièrement les personnes âgées. C'est le cas notamment de l'arthrite rhumatoïde, de la maladie de Parkinson, du cancer, des tumeurs au cerveau, du diabète et des désordres endocriniens (Morrison, 1997). Dans ces cas, les symptômes

dépressifs semblent plus attribuables aux changements physiologiques engendrés par la maladie qu'à une réaction psychologique face à cette même maladie (Dranov, 1998; Raskind, 1992). Il arrive aussi fréquemment que des sentiments dépressifs soient causés par la consommation de certains médicaments (Dranov, 1998; Katz et al., 1994; Weksler, 2000). Dans d'autres cas, la dépression est un facteur de risque au développement d'un trouble physiologique (Roose et al., 2001). Elle a aussi pour effet de faire augmenter la mortalité chez les patients atteints de maladies cardiaques (Roose et al., 2001).

Il existe également des liens indirects entre l'état de santé et la dépression. En effet, la dépression est parfois attribuable non pas directement à la maladie, mais aux changements qui en résultent au niveau des relations interpersonnelles (Katz et al., 1994). La maladie ou la perte de capacités qui affecte un proche peut aussi engendrer des symptômes dépressifs (Karel, 1997). Finalement, il faut souligner que la perception subjective de l'état de santé et la signification accordée à la dépendance pourraient s'avérer plus significatives que l'évaluation objective de la forme physique et mentale en ce qui a trait au développement de la dépression (Berger & Mailloux-Poirier, 1993; Katz et al., 1994).

Bien que le fonctionnement physique et cognitif soit déterminant en ce qui a trait à l'étiologie de la dépression chez les personnes âgées, il ne s'agit pas du seul facteur à considérer. Ainsi, plusieurs auteurs associent l'augmentation des symptômes dépressifs

constatée au 3^e âge à l'ensemble des pertes auxquelles font généralement face les aînés (Caron, 2000; Dranov, 1998; Snowdon, 1990). À ce niveau, la perte d'un proche paraît l'événement le plus enclin à entraîner des sentiments dépressifs (Dranov, 1998; Hybels et al., 2001; Katz et al., 1994; Snowdon, 1990). Le décès du conjoint est un facteur de risque particulièrement significatif à ce niveau (O'Connor, 1998; Turvey, Carney, Arndt, Wallace, & Herzog, 1999). Turvey et ses collègues (1999) ont en effet constaté que les personnes âgées qui font face à un veuvage récent présentent quatre fois plus de symptômes dépressifs et neuf fois plus de troubles dépressifs faisant l'objet d'un diagnostic que les autres aînés. Ils soutiennent de plus que les symptômes dépressifs peuvent perdurer jusqu'à deux ans après la mort du conjoint.

Le sexe est aussi associé au développement de symptômes dépressifs chez les personnes âgées. Les femmes courent en effet plus de risque que les hommes de vivre une dépression. En fait, Kennedy (1996) croit que les hommes et les femmes réagissent différemment aux événements stressants, ce qui fait en sorte qu'à un âge avancé, les femmes ont un taux de dépression plus élevé que les hommes qui, en revanche, sont plus nombreux qu'elles à se suicider.

Par ailleurs, une série d'autres variables influencent l'apparition et le cours de la dépression chez les gens âgés. C'est le cas de la solitude, de l'isolement social, des ennuis financiers, des traits de personnalité évitants ou dépendants, de la perte de rôles engendrée par la retraite; des conflits interpersonnels qui émergent en réponse aux

changements dans les rôles, des facteurs génétiques et des chagrins prolongés et non résolus (Berger, Small, Forsell, Winblad, & Bäckman, 1998; Dranov, 1998, Hybels et al., 2001; Kennedy, 1996; O'Connor, 1998; Reynolds, 1994; Weksler, 2000).

En dernier lieu, il est bon de souligner, à l'instar de Karel (1997), que les différents facteurs de risque dont il a été question ici sont interreliés entre eux et qu'ils peuvent tout autant engendrer la dépression qu'en être la résultante. Enfin, malgré l'intérêt que suscite l'identification de l'origine d'un syndrome dépressif, il faut garder à l'esprit que chez les personnes âgées, celui-ci peut survenir sans cause apparente (Knight, 1989), en particulier lorsqu'il ne s'agit pas du premier épisode (Butler et al., 1998).

Prévalence de la dépression chez les personnes âgées

De nombreuses études ont cherché à estimer la prévalence de la dépression chez les gens âgés. Tout d'abord, Blazer (1994) indique que la prévalence se définit comme étant le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui souffrent d'une dépression à un moment précis dans le temps. À première vue, les résultats des différentes études semblent assez divergents. Pour y voir plus clair, il est essentiel de les analyser en tenant compte de la méthodologie utilisée et de la composition de l'échantillon en cause (Ames, 1991; Butler et al., 1998; Cappeliez, 1993; Karel, 1997; Vézina et al., 2000; Zarit & Zarit, 1998). Au niveau méthodologique, il importe d'abord de distinguer les études en fonction de la technique d'évaluation privilégiée, à savoir les entrevues

diagnostiques ou les inventaires d'autoévaluation de la dépression (Cappeliez, 1993; Vézina et al., 2000). Cette première distinction est nécessaire compte tenu que ces deux procédures ne mesurent pas le même phénomène. En effet, Cappeliez (1993) de même que Vézina et ses collègues (2000) indiquent que les entrevues diagnostiques évaluent le taux de troubles dépressifs faisant l'objet d'un diagnostic, alors que les inventaires d'autoévaluation estiment l'ampleur et la gravité des symptômes dépressifs. Par ailleurs, au niveau de l'échantillonnage, il est primordial de ne pas confondre les recherches menées auprès des personnes âgées vivant dans la communauté avec celles réalisées auprès des gens âgés institutionnalisés (Ames, 1991; Blazer, 1994; Katz et al., 1994; Raskind, 1992; Rodgers, 1995; Vézina et al., 2000; Weksler, 2000).

En ce qui a trait à la prévalence des troubles dépressifs chez les personnes âgées vivant dans la communauté, l'étude de référence classique provient des Etats-Unis. Il s'agit d'une enquête de grande envergure qui a été parrainée par le National Institute of Mental Health (NIMH) dont les résultats ont été repris par Cappeliez (1993) et Snowdon (1990). Ceux-ci rapportent un taux annuel de 1 % pour la dépression majeure. De façon plus précise, ce taux s'établit à 1,4 % chez les femmes et à 0,4 % chez les hommes. Le trouble dysthymique récolte quant à lui un taux de prévalence de 1,8 % pour les deux sexes (Weissman & Myers, 1978 cité dans Zarit & Zarit, 1998). Concrètement, l'étude du NIMH suggère que les personnes âgées présentent moins de troubles affectifs que les autres groupes d'adultes (Cappeliez, 1993; Snowdon, 1990; Vézina et al., 2000) et que les troubles dépressifs sont relativement rares au 3^e âge (Snowdon, 1990).

Comme il fallait s'y attendre, les résultats de cette étude ont été critiqués à bien des égards, notamment en ce qui concerne la comparaison des taux de prévalence des troubles dépressifs entre les groupes d'âge. Nombreux sont les auteurs qui croient que le nombre de personnes âgées atteintes de dépression majeure a été sous-estimé. Vézina et ses collègues (2000) tendent d'abord à mettre en doute la représentativité de l'échantillon de l'étude du NIMH compte tenu que celui-ci excluait les gens âgés institutionnalisés et qu'il était composé à près de 70% d'ainés en bonne santé. Ils rappellent que le quart des individus sollicités pour répondre à l'enquête ont refusé de le faire et présumant que de ce nombre, certains présentaient des troubles physiques ou mentaux qui étaient susceptibles d'être accompagnés de dépression. Blazer (1994) remet lui aussi en doute la conclusion voulant que les gens de 65 ans et plus présentent le taux de dépression majeure le plus faible de tous les groupes d'âge. Il pense, comme Karel (1997), que des effets de cohortes contribuent à l'explication de ce phénomène. Il croit également qu'il est possible que les personnes âgées soient tout simplement moins portées que les adultes plus jeunes à rapporter la présence de sentiments dépressifs. Caron (2000) apporte un éclairage à ce sujet en soulignant que la tendance des gens âgés à ne pas révéler leur vécu dépressif semble être influencée par le voile de honte et d'humiliation qui entourait, il y a quelques années, le diagnostic de dépression. L'outil diagnostique utilisé au sein de l'étude, le DIS (Diagnostic Interview Schedule), fait aussi l'objet de critiques. Vézina et ses collègues (2000) jugent que celui-ci sous-estime potentiellement la prévalence de la dépression majeure chez les personnes âgées. Karel

(1997) suggère à cet effet que les symptômes dépressifs peuvent différer tout au cours de la vie. Il pense, de plus, qu'il est possible que certains symptômes dépressifs des personnes âgées aient pu être attribués par erreur à leur état de santé (maladie, perte de capacités), ce qui tend à faire diminuer le taux de dépression observé chez elles. Finalement, Kennedy (1996) décrit bien l'apport de l'étude du NIMH quant à l'estimation de la prévalence des troubles dépressifs au 3^e âge en concluant qu'il s'agit de phénomènes exceptionnellement rares chez les personnes âgées en bonne santé.

Si dans la communauté, la dépression majeure est très peu fréquente, ce n'est pas exactement le cas des symptômes dépressifs. Ceux-ci affectent en effet, environ 8 à 15 %, selon Blazer (1994), et 15 à 20 %, selon Vézina et ses collègues (2000), des aînés de ce milieu. Hybels et ses collaborateurs (2001) ont procédé à une étude des symptômes dépressifs des personnes de 65 ans et plus qui vivent dans la communauté. Ils ont conclu que 9,1 % des 3996 participants évalués souffraient de neuf symptômes dépressifs ou plus, alors que 9,9 %, en présentaient entre six et huit. Karel (1997) invite à la prudence par rapport à de telles approximations car elles sont susceptibles de surestimer la proportion de gens dépressifs compte tenu que les échelles d'autoévaluation contiennent généralement des symptômes somatiques auxquels les personnes âgées ont tendance à adhérer en raison de leur condition physique.

En tenant compte de la large gamme des manifestations de la dépression chez les gens âgés vivant dans la communauté, Cappeliez (1993) a cherché à établir un portrait

de la situation qui se veut réaliste. Ainsi, il suggère que 20 à 25 % d'entre eux manifesteraient de la dysphorie, qu'il décrit comme étant un état d'insatisfaction globale accompagné d'une certaine tristesse, d'un sentiment de solitude et de plaintes somatiques diverses. De ce 20 à 25 %, environ la moitié, soit 10 à 15 % des aînés, souffriraient de symptômes dépressifs plus importants, qu'il décrit comme étant modérés ou sévères. Sa description des symptômes inclut cette fois un sentiment de perte de valeur personnelle et d'espoir et un manque d'intérêt et de motivation. Finalement, il juge que dans la moitié des cas, ces symptômes atteindraient un seuil cliniquement significatif, c'est-à-dire que 5 à 8 % de la population âgée présenteraient un épisode dépressif majeur ou un trouble dysthymique. Cette appréhension de la réalité semble partagée par Snowden (1990) qui croit, en se basant sur son expérience clinique, que la dépression chez les personnes âgées est plus fréquente que l'étude du NIMH le laisse croire.

Les estimations de la prévalence des troubles dépressifs chez les personnes âgées institutionnalisées laissent entrevoir une situation très différente de celle qui prévaut chez les aînés vivant dans la communauté. En effet, il est largement reconnu que la prévalence des troubles dépressifs augmente considérablement lorsque l'échantillon est composé de gens âgés vivant en institution (Blazer, 1994; Katz et al., 1994; Vézina et al., 2000; Weksler, 2000), spécialement lorsqu'ils sont en grande perte d'autonomie (Ames, 1991). Selon Samuels et Katz (1995), 6 à 24 % des personnes âgées vivant dans des institutions souffriraient de dépression majeure. Pour sa part, Blazer (1994) est plus

conservateur en estimant qu'environ 11 % des gens âgés hospitalisés présenteraient un épisode de dépression majeure, alors que ce serait le cas pour environ 12 % de ceux qui vivent en institution de soins de longue durée. Quant aux symptômes dépressifs, ils semblent être largement répandus dans les foyers et résidences pour personnes âgées (Ames, 1991). En fait, Blazer (1994) avance que leur prévalence serait respectivement de 25 et 30 % chez les personnes âgées hospitalisées et chez celles vivant en centre de soins de longue durée. Cependant, selon SamuelS et Katz (1995), il serait plus réaliste de croire que 30 à 50 % des gens âgés vivant en foyer ou en institution souffrent de symptômes dépressifs. La controverse quant à ces estimations est beaucoup moins grande que celle qui existe quant à la prévalence des troubles dépressifs chez les personnes âgées non institutionnalisées. Ainsi, la principale critique formulée à leur égard concerne la comorbidité. À cet effet, Blazer (1994) ainsi que Butler et ses collègues (1998) rappellent que la présence d'un trouble mental ou physique concomitant est susceptible de biaiser l'identification de la dépression.

Le constat qui découle des résultats précédents est à l'effet que l'estimation du taux de dépression auprès des personnes âgées n'est pas une tâche facile (Vézina et al., 2000). Les chercheurs qui tentent d'établir un portrait réaliste de la situation se heurtent à plusieurs obstacles. En effet, de façon générale et sans égard à la composition de l'échantillon, il faut constater que peu d'instruments d'évaluation de la dépression sont spécifiquement conçus pour la clientèle âgée (Vézina et al., 2000). De plus, les différents instruments de mesure ne distinguent pas les symptômes somatiques dus au

vieillesse normale ou attribuables à la maladie de ceux qui sont associés aux troubles dépressifs (Vézina et al., 2000). En fait, selon Cappeliez (1993), il faut envisager la possibilité que les instruments actuels échouent à mesurer la dépression telle qu'elle se présente chez les gens âgés.

Malgré les obstacles rencontrés par les chercheurs et la disparité des estimations auxquelles ils arrivent, certaines constantes ressortent en ce qui a trait à la prévalence de la dépression chez les personnes âgées. D'abord, il est reconnu que la prévalence des symptômes dépressifs est plus grande chez les personnes âgées, en particulier chez celles qui sont âgées de 75 ans et plus, que chez les adultes plus jeunes (Blazer, 1994; Kennedy, 1996; Snowdon, 1990). Aussi, il appert que les femmes présentent des taux de prévalence de troubles et de symptômes dépressifs plus élevés que les hommes, et ce à tous âges (Blazer, 1994; Kennedy, 1996, Zarit & Zarit, 1998) bien que cet effet soit moins prononcé chez le groupe des personnes très âgées (Ames, 1991, Karel, 1997).

Enfin, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que la dépression constitue le trouble mental le plus fréquent chez les personnes âgées (Butler et al., 1998; O'Connor, 1998; Vézina, Landreville, Bourque, & Blanchard, 1991; Zarit & Zarit, 1998). Malheureusement, le constat le plus alarmant à tirer de la littérature est à l'effet que la majorité des cas de dépression au 3^e âge ne sont pas traités (Butler et al., 1998; O'Connor, 1998; Rabins, 1996; Vézina et al., 2000). En effet, seulement 2 à 10 % des

personnes âgées souffrant de dépression recevraient un diagnostic et un traitement adéquat (Caron, 2000; Dranov, 1998).

Les conséquences de la dépression chez les personnes âgées

La dépression entraîne des conséquences importantes et souvent même dramatiques pour les personnes âgées qui en souffrent (Ferrey & Le Gouès, 1997) et pour leur entourage (Vézina et al., 2000). D'abord, au niveau social, la dépression engendre un isolement et a des conséquences dévastatrices sur les relations familiales et amicales (Vézina et al., 2000).

Ensuite, les aînés déprimés souffrent d'une diminution importante de leur fonctionnement quotidien et de leur qualité de vie (Vézina et al., 2000). L'étude de Parmelee, Lawton et Katz (1998) a cherché à évaluer l'effet de l'humeur dépressive sur les habiletés fonctionnelles. Les résultats ont démontré que l'humeur dépressive prédisait le déclin des capacités fonctionnelles et cognitives, de la performance dans les habiletés de la vie quotidienne et de l'état de santé évalué par le médecin, toutes ces variables étant évaluées un an après la première prise de mesure. Selon Vézina et ses collègues (2000), la dépression entraîne la négligence corporelle et l'exacerbation de la douleur. Elle conduit aussi à une perte accélérée des capacités chez les personnes âgées démentes ou atteintes d'une autre maladie (Katz et al., 1994; Reifler, 1994; Weksler, 2000). De plus, elle augmente le recours aux services médicaux (Vézina et al., 2000).

À ce sujet, il est reconnu que les personnes âgées hospitalisées qui sont dépressives utilisent plus de services hospitaliers et externes que celles qui ne sont pas déprimées, sans pour autant recevoir plus de services psychiatriques ou psychologiques (Koenig & Kuchibhatla, 1998).

La dépression a également un impact négatif sur la mortalité des personnes âgées. Ainsi, les troubles dépressifs sont généralement associés à un temps de survie plus court (Kennedy, 1996; Weksler, 2000). De même, il n'est pas surprenant de constater que la dépression constitue un facteur de risque important en ce qui a trait au suicide chez la population âgée (Caron, 2000; Ferrey & Le Gouès, 1997; Vézina et al., 2000; Weksler, 2000). Dranov (1998) rappelle d'ailleurs que le taux de suicide des gens de 65 ans et plus dépasse de 21 % celui des autres groupes d'âge.

De façon générale, la gravité des conséquences auxquelles sont exposées les personnes âgées dépressives permet de comprendre l'importance qu'il faut accorder à la détection précoce de ce trouble affectif (Dranov, 1998). L'attention portée au diagnostic est d'autant plus importante qu'une fois identifiée, la dépression peut faire l'objet de traitements efficaces (Butler et al., 1998; Vézina et al., 2000). En effet, les taux de succès des traitements sont équivalents chez les adultes et chez les personnes âgées (Hinrichsen, 1992). Ainsi, l'augmentation de la qualité de vie des gens âgés dépressifs dépend grandement de l'habileté des médecins et cliniciens à détecter la dépression. Malheureusement, dans cette tâche, ils sont confrontés à des obstacles de taille.

Les obstacles à l'identification de la dépression chez les personnes âgées

Si les études de prévalence montrent que la dépression est assez commune chez les personnes âgées (Snowdon, 1990), elles mettent aussi en lumière une disparité très alarmante entre la proportion de gens âgés souffrant de dépression et la proportion de ceux qui sont cliniquement diagnostiqués comme tels (Reifler, 1994). En fait, il est reconnu que la dépression est largement sous-diagnostiquée auprès de la population âgée (Butler et al., 1998; Lebowitz et al., 1997; O'Connor, 1998; Rabins, 1996; Vézina et al., 2000). Vézina et ses collègues (2000), tout comme Weksler (2000), attribuent ce phénomène au fait que la reconnaissance et l'évaluation de la dépression auprès des personnes âgées sont des tâches difficiles. Plusieurs partagent cet avis en affirmant qu'il est beaucoup plus ardu de reconnaître la dépression chez une personne âgée que chez un adulte plus jeune (Berger et al., 1998; Lebowitz et al., 1997; Raskind, 1992). De nombreux facteurs contribuent à expliquer cette grande difficulté. Certains concernent les personnes âgées déprimées elles-mêmes alors que d'autres dépendent plutôt des différents intervenants et de la société dans son ensemble.

Les particularités de l'expression clinique de la dépression chez les personnes âgées constituent l'un des premiers facteurs qui rend son identification difficile (Berger et al., 1998; Lebowitz et al., 1997; Raskind, 1992). Ainsi, les manifestations de la dépression varient en fonction de l'âge et cela entraîne de la confusion quant à leur

identification (Rabins, 1996). La première caractéristique de la dépression chez les personnes âgées est l'absence de tristesse à l'avant-scène de la symptomatologie (Butler et al, 1998; Lebowitz et al., 1997; Rabins, 1996; Reifler, 1994; Vézina et al., 2000; Weksler, 2000). Typiquement, chez les personnes âgées, la dépression se manifeste plutôt par une perte de plaisir, un retrait social, de l'irritabilité, de l'hypocondrie et des symptômes somatiques (Weksler, 2000). Ces derniers symptômes sont d'ailleurs au premier plan des manifestations cliniques (Zarit & Zarit, 1998). Concrètement, au lieu de rapporter qu'elles se sentent déprimées, les personnes âgées font état d'une quantité de symptômes somatiques divers et vagues (O'Connor, 1998; Raskind, 1992; Reifler, 1994; Vézina et al., 2000; Zarit & Zarit, 1998) tels des maux de tête, des troubles d'estomac, de l'insomnie, des douleurs inexplicables, une perte d'appétit et un manque d'énergie (Rabins, 1996; Vézina et al., 2000; Weksler, 2000). Fréquemment, les gens âgés dépressifs disent aussi avoir perdu le moral et l'intérêt, éprouver des difficultés de concentration et avoir une faible motivation (Karel, 1997; Vézina et al., 2000). La dépression chez les personnes âgées peut aussi se traduire par des préoccupations démesurées en ce qui a trait à la mémoire, à la pensée et aux maladies du cerveau (Knight, 1989).

Un autre facteur qui complique l'identification de la dépression chez les personnes âgées est leur façon d'aborder les symptômes qu'elles éprouvent. En effet, elles ont généralement tendance à nier leur humeur dépressive (Caron, 2000; Gottlieb, 1994; Snowdon, 1990; Vézina et al., 2000). Dans les cas où elles rapportent des

symptômes dépressifs, c'est généralement en sous-estimant leur gravité (Butler et al., 1998) ou en tentant de les attribuer à une maladie physique ou à un changement dans leur style de vie (Gottlieb, 1994).

Chez les personnes âgées, la dépression peut prendre une multitude de formes, ce qui contribue à la rendre difficile à cerner (Caron, 2000; Knight, 1989; Reynolds, 1994). L'aspect masqué qu'elle peut prendre est celui qui complique le plus le travail des cliniciens (Caron, 2000; Vézina et al., 2000). Ainsi, il n'est pas rare que des symptômes physiques ou cognitifs camouflent littéralement la présence d'un trouble dépressif (Butler et al., 1998; Caron, 2000; Gottlieb, 1994; Reifler, 1994; Snowdon, 1990) entraînant par le fait même un diagnostic erroné (Rabins, 1996). La possibilité d'une dépression masquée ainsi que la complexité des liens qui unissent les symptômes dépressifs et les autres conditions médicales rendent spécialement laborieux l'établissement d'un diagnostic différentiel (Karel, 1997) entre la dépression, les maladies physiques (O'Connor, 1998; Rabins, 1996; Rodgers, 1995; Vézina et al., 2000), les troubles démentiels (Caron, 2000; Rabins, 1996; Rodgers, 1995; Weksler, 2000) et les symptômes du vieillissement normal (Berger & Mailloux-Poirier, 1993). Les intervenants œuvrant auprès des personnes âgées doivent donc chercher à identifier la véritable origine de la symptomatologie observée.

En tenant compte des différentes caractéristiques de la dépression chez les personnes âgées, Rabins (1996) avance que les critères diagnostiques actuels ne sont pas

adéquats pour cette clientèle. Il semble que l'établissement de nouvelles catégories diagnostiques qui tiendraient compte des différentes formes dans lesquelles les symptômes dépressifs se présentent chez les gens âgés serait bénéfique et faciliterait l'identification de ce phénomène (Blazer, 1994; Rabins, 1996). Ainsi, tel que mentionné plus tôt, la reconnaissance de la dépression mineure en tant que catégorie diagnostique officielle est souhaitée par Kennedy (1996) et Blazer (1994) qui sont soutenus par les résultats de Hybels et ses collègues (2001) et de Kessler et ses collaborateurs (1997).

D'autres caractéristiques de la population âgée font obstacle à une évaluation efficace de la dépression auprès d'elle. D'abord, le fait que les personnes âgées soient moins portées que les autres cohortes à exprimer et à analyser ouvertement leurs émotions complexifie la détection de leurs symptômes dépressifs (Cappelliez, 1993). En effet, les aînés auraient tendance à ne pas exprimer leur détresse psychologique, sauf lorsque celle-ci atteint un niveau si élevé qu'elle entraîne alors la perte d'habiletés fonctionnelles (Cappelliez, 1993). De plus, il semble que la stigmatisation sociale qui accompagne le diagnostic de dépression (Gottlieb, 1994; Katz et al., 1994; Reifler, 1994) et le manque de connaissance à propos de la dépression (Katz et al., 1994) contribuent aussi à faire en sorte que les aînés restent muets à propos des symptômes dépressifs qu'ils éprouvent.

Par ailleurs les facteurs liés aux aînés eux-mêmes ne sont pas les seuls responsables de la sous-détection dont fait l'objet la dépression gériatrique. Une barrière

majeure en ce qui a trait à l'évaluation adéquate de ce trouble est la croyance, entretenue à la fois par certains intervenants et par la population en général, selon laquelle le vieillissement entraîne automatiquement des symptômes dépressifs (Berger & Mailloux-Poirier, 1993; Butler et al., 1998; Caron, 2000; Dranov, 1998; Raskind, 1992; Reifler, 1994; Reynolds, 1994). Plusieurs croient en effet que les personnes vieillissantes sont naturellement tristes, ralenties, confuses et orientées vers le passé (Caron, 2000; Dranov, 1998). Cette attribution est totalement fautive. La dépression au 3^e âge n'est pas un phénomène normal (Vézina et al., 2000).

Les médecins et les différents intervenants participent aussi à la sous-détection de la dépression chez les personnes âgées en n'incorporant pas de questions concernant les symptômes dépressifs à leurs examens (Reifler, 1994). De plus, ils manqueraient de formation à propos de la dépression gériatrique (Katz et al., 1994). Les instruments d'évaluation qu'ils ont à leur disposition posent aussi un certain problème. Effectivement, la plupart d'entre eux sont conçus pour être utilisés auprès d'une clientèle adulte (Vézina et al., 2000) et ils sont potentiellement inadéquats en ce qui concerne l'évaluation des gens âgés (Cappeliez, 1993).

La présente étude s'insère directement dans la lignée de ce dernier constat. Ainsi, elle cherchera à valider l'utilisation du conte en tant qu'outil d'évaluation de la dépression gériatrique. Étant donné les résultats de Lavallée (1999) selon lesquels les gens âgés apprécient la méthode des contes et s'y projettent fortement, il est possible de

croire qu'il s'agit d'un instrument adapté à cette clientèle. De plus, compte tenu de la démonstration de Luborsky (1993) au niveau des distinctions entre les récits des gens âgés dépressifs et non dépressifs, il est postulé que l'analyse des contes permettra de cerner l'état dépressif des personnes âgées. Plus concrètement, l'hypothèse qui sera vérifiée ici est à l'effet que le nombre d'indicateurs de dépression qui ressortiront de l'examen des contes et l'état dépressif des participants âgés tel que mesuré par le QDB (Bourque & Beaudette, 1982), seront corrélés positivement.

Méthode

Participants

Pour être admissibles en tant que participants à cette étude, les personnes intéressées devaient répondre aux critères suivants : être âgées de 55 ans et plus; résider à leur domicile, ce qui exclu les personnes vivant à l'intérieur des centres de soins de longue durée; ne pas occuper d'emploi rémunéré; et finalement, ne pas présenter de déficit cognitif. L'échantillon de la présente recherche comprend 62 personnes. Tous les participants provenaient de la région de la Mauricie et ont été rencontrés au cours des mois de juillet et août 2001. Ils ont été recrutés par l'entremise de contacts auprès d'associations de personnes retraitées et par la méthode du bouche à oreille. Chacun a participé à l'étude sur une base volontaire. Tous les participants ont complété la phase de la collecte des données et aucun d'eux n'a été exclu de l'échantillon par la suite.

L'âge des participants variait entre 57 et 85 ans, avec une moyenne de 69,79 ans. L'échantillon se répartit de façon égale selon la variable sexe, c'est-à-dire qu'il compte 31 femmes et 31 hommes. Au niveau de l'état civil, 59,7 % des répondants étaient mariés. Parmi les autres : 22,6 % étaient veufs, 6,5 % vivaient en union de fait, 4,8 % étaient divorcés, 3,2 % étaient célibataires et autant étaient remariés. En moyenne, les participants avaient 2,76 enfants et 2,95 petits-enfants.

Pour ce qui est du niveau d'instruction, 6,5 % des participants avaient 5 années ou moins de scolarité, 33,9 % en comptaient entre 6 et 10 alors que 59,7 % en cumulaient 11 ou plus. Les participants ont aussi été interrogés sur la perception de leurs revenus : 6,5 % d'entre eux le percevaient comme étant inférieur à la moyenne des gens, 75,8 % le considéraient moyen et 17,7 % l'évaluaient comme étant supérieur. Il peut être intéressant d'ajouter que 85,5 % des 62 personnes qui composent l'échantillon vivaient dans leur maison privée, alors que seulement 12,9 % d'entre elles vivaient en appartement. Un des participants résidait chez un de ses enfants.

Au niveau de l'occupation, 13 des personnes rencontrées étaient des ménagères (21 %). Les 49 autres participants étaient à la retraite depuis en moyenne 124,31 mois, soit environ 10,36 années. Auparavant, de ces 49 personnes, 25,8 % étaient des travailleurs manuels ou des techniciens et 17,7 % œuvraient dans chacun des trois domaines suivants : administration, services et commerce. Aujourd'hui, les 62 participants affirment avoir des activités et pour ainsi dire *se tenir occupé*. La majorité des répondants (77,4 %), se disent très satisfaits du déroulement de leur vie depuis qu'ils ont pris leur retraite (ou depuis quelques années pour ce qui est des ménagères). Cependant, 16,1 % des participants rapportent être moyennement satisfaits et 6,5 % se déclarent carrément insatisfaits.

Pendant l'entrevue, les participants ont été amenés à évaluer leur état de santé. À ce niveau, l'échantillon se répartit de la façon suivante : 33,9 % des personnes pensaient

avoir une excellente santé, 59,7 % se trouvaient en bonne santé, 4,8 % considéraient avoir une santé faible ou fragile et 1,6 % jugeaient que leur santé était mauvaise. Près du deux tiers des participants (62,9 %) ont indiqué qu'ils n'avaient ni maladie ni handicap. De plus, aucun des participants ne faisait l'objet d'un diagnostic de déficit cognitif. Au niveau de la consommation de médicaments, 69,4 % des participants consommaient au moins un médicament de façon régulière alors que 30,6 % n'en consommaient pas.

Instruments de mesure

Un questionnaire de renseignements généraux (voir Appendice A), spécialement conçu aux fins de la présente recherche, a permis d'amasser les données nécessaires à la description de l'échantillon. Il contient des questions relatives au sexe, à l'âge, au nombre d'enfants et de petits-enfants, à la qualité de la relation avec les enfants, à l'instruction, à la perception du revenu, à la perception de la santé, à la présence de maladies ou de handicaps, à la consommation de médicaments, au temps écoulé depuis la prise de la retraite, à l'occupation avant la retraite et à la satisfaction face à la retraite.

Le QDB (Bourque & Beaudette, 1982) est l'instrument qui a servi à établir le niveau dépressif des participants. Il s'agit d'un inventaire d'autoévaluation de la dépression. Il est composé de 21 items qui mesurent les symptômes liés au vécu dépressif. Pour chaque item, le répondant doit choisir, parmi quatre propositions, celle qu'il considère être la plus semblable avec l'état dans lequel il se sent depuis les sept

derniers jours. Le QDB, la version française du BDI (Beck Depression Inventory) a été validé auprès de la population âgée francophone par Vézina, Landreville, Bourque et Blanchard (1991). Ces auteurs ont observé, pour la version francophone, une consistance interne de .85 et une fidélité test-retest de 0,74.

L'essentiel de cette étude repose sur les récits racontés par les participants. Étant donné le caractère novateur de cette démarche, trois instruments ont été créés afin de recueillir les contes ainsi que d'autres informations complémentaires. Un premier document (voir Appendice B) servait à noter le conte. Dans le haut de ce document figurait la consigne destinée au participant. Il y avait ensuite un espace où l'expérimentatrice devait inscrire les temps importants de la passation de l'épreuve du conte. Le reste du document était destiné à recevoir intégralement le récit du participant.

Un second document (voir Appendice C) servait à inscrire la forme (conte inventé, histoire vécue, etc.) du récit raconté par le participant. Le dernier document (voir Appendice D) était une feuille d'observation qui servait à consigner l'attitude du participant au cours de sa rencontre avec l'expérimentatrice. Cette feuille d'observation comportait, dans le haut de la page, les éléments sur lesquels l'expérimentatrice devait se pencher afin de décrire, le plus précisément possible, l'attitude de chaque participant. Le reste de la feuille était destiné à recevoir ses observations et ses commentaires.

Déroulement

Deux expérimentatrices ont participé à cette étude. Elles ont uni leurs efforts de la préparation de la recherche jusqu'à l'analyse des données brutes. La préparation des instruments de mesure servant à recueillir les contes des participants s'est échelonnée sur plusieurs mois précédant le début de l'expérimentation proprement dite. Ces travaux ont également permis de mettre au point la grille de cotation qui servira à analyser les contes dans le but d'y déceler des indices de dépression. Celle-ci sera décrite en détails dans la section portant sur la présentation des résultats. Afin d'évaluer la pertinence de cette grille, et aussi afin de s'assurer d'une cotation uniforme de la part des deux expérimentatrices, celles-ci ont d'abord analysé ensemble une série de contes provenant d'une source extérieure à l'expérimentation. Lorsqu'elles furent en accord sur la façon d'effectuer la cotation des différents éléments de la grille, elles ont poursuivi l'analyse des contes, mais de façon individuelle cette fois-ci. Cette étape de formation et de pratique prit fin au moment où le pourcentage d'accord inter-juges entre les deux expérimentatrices apparut satisfaisant.

À la suite de cette première étape, une courte étude pilote, portant sur trois personnes âgées, a permis d'évaluer la faisabilité du projet ainsi que l'efficacité et l'impact pour les personnes âgées des différents instruments utilisés. L'étude pilote a entraîné quelques modifications au niveau de la consigne utilisée afin d'amener les participants à raconter une histoire. En effet, la première consigne rédigée contenait des

références à des contes connus (Blanche-Neige et les sept nains, Le Petit Chaperon Rouge) et demandait au participant d'inventer un conte plutôt que de raconter une histoire. Cette consigne était perçue comme étant très exigeante par les participants qui devenaient exagérément nerveux face à la tâche. Les modifications apportées ont permis d'en arriver à la forme définitive de la consigne. À l'occasion de l'étude pilote, il est aussi apparu que l'ordre de présentation des tests était très anxiogène pour les participants. En effet, ces derniers devaient raconter l'histoire immédiatement après la passation du questionnaire d'informations générales ce qui les intimidait énormément. Ils se sentaient démunis face à cette demande et cherchaient leurs idées avec empressement. Suite à ces constatations, il a été jugé préférable que la tâche du conte vienne en fin d'entrevue, après que le participant et l'expérimentatrice aient eu le temps de créer un lien de confiance. Finalement, l'étude pilote a aussi permis d'établir qu'il était nécessaire que les participants soient prévenus, lors du premier contact, du fait qu'ils auraient à raconter une histoire et ce, toujours afin de minimiser le niveau d'anxiété potentielle. Après cette courte étude pilote, la recherche proprement dite a pu avoir lieu.

Le recrutement des participants s'est fait de deux façons. D'abord, par l'entremise de contacts auprès de certaines associations ou groupes de retraités. Par la suite, chaque participant avait le loisir d'indiquer s'il connaissait des gens retraités qui pourraient, comme lui, participer à la recherche.

Le premier contact avec chacun des participants s'est fait à l'occasion d'une conversation téléphonique au cours de laquelle une des expérimentatrices l'informait qu'une recherche était en cours. Elle lui apprenait que s'il acceptait d'y participer, il devrait répondre à un questionnaire d'informations générales et à deux courts questionnaires de caractéristiques de personnalité. Elle lui disait aussi qu'il aurait à raconter une histoire à partir de la consigne qu'elle lui donnerait lors de leur rencontre. Aucune autre indication concernant l'histoire ne lui était donnée. Cette prise de contact permettait de fixer un rendez-vous et la rencontre avait généralement lieu dans les jours suivants.

À la date et à l'heure fixée, une expérimentatrice se rendait au domicile du participant afin de le rencontrer en entrevue individuelle. Chaque participant n'a rencontré qu'une ou l'autre des deux expérimentatrices. Après les présentations, l'expérimentatrice expliquait dans ses mots le déroulement de la rencontre. Elle demandait au participant de lire la feuille de renseignements généraux sur la recherche, de même que la formule de consentement (voir Appendice E). Par la suite, elle lui demandait s'il avait des questions et y répondait, le cas échéant. Le participant signait alors la formule de consentement et la collecte de données pouvait débuter.

Pour tous les participants, la séquence d'expérimentation commençait par l'administration du questionnaire de renseignements généraux. L'expérimentatrice posait elle-même les questions et notait les réponses de son interlocuteur. Ce

questionnaire permettait à l'expérimentatrice de faire connaissance avec le participant. Suite à ce questionnaire, le participant devait répondre de façon individuelle au QDB et à l'Échelle révisée de conscience de soi (Pelletier & Vallerand, 1990). Pour la moitié de l'échantillon, le QDB venait avant l'Échelle révisée de conscience de soi et inversement pour l'autre moitié. L'Échelle révisée de conscience de soi n'est pas en lien avec la présente recherche. Les participants y répondaient dans le cadre d'une recherche visant à valider la méthode du conte en tant qu'outil d'évaluation de la conscience de soi chez les personnes âgées, recherche qui se déroulait parallèlement à l'étude dont il est question ici.

Une fois ces questionnaires terminés, l'expérimentatrice invitait le participant à raconter une histoire. Pour ce faire, elle lui donnait la consigne suivante :

Nous en sommes maintenant à la dernière étape. Ce qui est plaisant avec un conte, une histoire, c'est qu'on peut imaginer à peu près n'importe quoi, même si ce n'est pas réaliste. J'aimerais maintenant que vous me racontiez une histoire que vous pourriez raconter à un enfant de 4-5 ans. Dans cette histoire, il devrait y avoir des personnages, soit des humains, soit des animaux. Expliquez comment ils sont, ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent et ce qu'ils font. Il peut leur arriver plein de choses... Votre histoire devrait avoir un début, un milieu et une fin. Allez-y à votre rythme, prenez le temps d'y penser et moi je vais l'écrire. Lorsque vous serez prêt à commencer, pour vous faciliter la tâche, débutez votre histoire avec *Il était une fois*.

Selon la réaction du participant, l'expérimentatrice pouvait être amenée à l'encourager ou à reprendre certains éléments de la consigne. Dans tous les cas lorsqu'elle intervenait, l'expérimentatrice devait noter la nature des interventions faites. Elle devait aussi noter l'heure exacte à laquelle elle avait terminé de donner la consigne. Lorsqu'il était prêt, le participant débutait son histoire. L'expérimentatrice inscrivait alors l'heure exacte à

laquelle il commençait son récit. Elle devait transcrire les propos du participant de façon intégrale, c'est-à-dire en inscrivant aussi ses commentaires, ses silences, ses changements d'idées ou de mots, ses phrases incomplètes et ses hésitations. Lorsque celui-ci terminait sa narration, l'expérimentatrice notait l'heure exacte. En fait, le document où était transcrite l'histoire du participant devait représenter le plus précisément possible le déroulement de l'épreuve du conte.

Lorsque le participant avait terminé son conte, l'expérimentatrice cherchait alors à savoir dans quelle catégorie celui-ci se situait. Pour ce faire, elle demandait au participant s'il avait trouvé difficile d'inventer une histoire. En général, cela suffisait pour qu'il indique s'il avait inventé son conte ou s'il s'agissait d'un fait vécu ou d'une blague qu'il avait déjà entendue. Si cela n'était pas suffisant, l'expérimentatrice lui demandait directement si l'histoire qu'il avait racontée était un événement qui lui était déjà arrivé. Elle notait la réponse de celui-ci sur le document préparé à cette fin (Appendice C)

Avant son départ, l'expérimentatrice demandait au participant comment il avait trouvé leur rencontre. Elle en profitait pour lui demander si dans son entourage d'autres personnes pouvaient être intéressées à participer à l'étude et elle le remerciait chaleureusement de sa participation et de son aide.

Le plus tôt possible après la fin de sa rencontre avec un participant, l'expérimentatrice devait noter, sur le document conçu à cet effet (Appendice D), l'attitude qu'avait eu celui-ci lors de la rencontre. Elle devait notamment indiquer le degré de coopération du participant. Elle devait aussi s'attarder à son niveau de fluidité verbale, à son aisance dans la narration, à ses hésitations, à ses tentatives de mise en valeur, à sa recherche d'approbation, à ses commentaires, à ses critiques, à ses gestes, à son niveau d'anxiété, à l'expression de ses émotions et à son attitude face à sa performance.

Par ailleurs, les expérimentatrices avaient pour consigne d'aider et de référer les participants qui faisaient état d'une souffrance morale ou psychologique, de sentiments dépressifs ou anxieux ou de difficultés d'adaptation. Cela s'est avéré nécessaire dans deux cas. Les deux participants en question apparaissaient comme étant très déprimés. Ils ont d'abord reçu un support psychologique immédiat. Par la suite, l'un d'eux a été référé au CLSC de sa localité et l'autre a reçu les informations requises pour faire appel soit au CUSP (Centre universitaire de services psychologiques) soit à l'Association des cardiaques de la Mauricie, selon sa préférence.

Résultats

Analyse des données

La réduction des données

L'étape de l'analyse des contes fut l'une des plus importantes de cette étude, notamment en raison du caractère innovateur de la démarche employée ici. En effet, aucun instrument connu n'est spécifiquement conçu pour interpréter des contes tels que ceux amassés. Toutefois, les propriétés à la fois projectives et narratives de ces contes permettaient d'envisager d'en faire l'analyse à l'aide de l'une des méthodes d'interprétation du TAT. À ce niveau, la méthode de Morval (1982) semblait la plus appropriée. Cette méthode, qui propose d'analyser en profondeur chacune des histoires racontées au TAT, paraissait s'appliquer particulièrement bien à une seule histoire racontée en l'absence de support visuel. D'ailleurs, au cours de la passation du TAT, la dernière tâche du sujet consiste à inventer une histoire sans stimulus visuel puisque la planche qui lui est alors présentée, la planche 16, est complètement blanche. Au moment de l'analyse, les deux évaluatrices commencèrent donc par décortiquer les contes à l'aide de la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982) et ce, de façon individuelle et sans se concerter.

La méthode d'analyse du TAT de Morval (1982) considère l'histoire racontée par un individu selon sept rubriques ou étapes. La première consiste à déterminer le thème dont il est question dans l'histoire. Pour l'essentiel, le thème est « un court résumé du récit, donnant l'idée principale qui s'en dégage. Il doit être centré sur le héros et orienté vers le dénouement » (Morval, 1982, p. 22).

La seconde rubrique est l'analyse formelle. Celle-ci est divisée en trois sous-rubriques : 1) attitude du sujet; 2) adaptation au stimulus et à la consigne; et 3) récit. Au niveau de l'attitude du participant, il s'agit d'analyser notamment le degré de coopération, les remarques, les hésitations, les gestes anxieux, la dévalorisation de la performance, le temps de réaction et les silences. Afin d'évaluer cette rubrique, les deux évaluatrices se référaient à la grille d'observation de l'attitude du participant remplie à la suite de l'entrevue (Appendice D). La seconde partie de l'analyse formelle évalue l'adaptation de l'individu au stimulus et à la consigne. Morval (1982) considère ici les oublis et les rajouts d'un répondant face à une planche. Étant donné l'absence de stimulus visuel au sein de la présente étude, l'analyse des contes ne portait ici que sur l'adaptation à la consigne. Celle-ci s'intéresse à la présence, au sein de l'histoire, d'un début, d'un milieu et d'une fin tel que demandé dans la consigne donnée au participant. Cette dernière était d'ailleurs volontairement très semblable à celle utilisée par Morval au TAT de sorte que sa méthode d'interprétation convienne d'autant mieux. La dernière section de l'analyse formelle s'attarde à la cohérence, la clarté, la logique et la richesse

en détails du récit. Elle porte aussi sur le style narratif du répondant en étudiant son vocabulaire, son imagination, sa concision et la longueur de ses phrases.

La troisième perspective envisagée par Morval (1982) concerne le héros du conte et ses attributs. Le héros est « le personnage principal du récit, (...) celui en fonction de qui le problème est posé et autour de qui s'articulent les événements » (p. 24). Par le mécanisme de projection, la « détermination du héros permet des inférences quant à l'identité du narrateur, tant sur le plan sexuel que sur celui du statut. » (Morval, 1982, p. 24).

La quatrième rubrique de l'analyse est celle des besoins. Les besoins du héros sont « ce qui motive son action » (Morval, 1982, p. 24). Ils peuvent être exprimés clairement ou non. Ils correspondent aux besoins conscients ou inconscients du narrateur.

À la suite des besoins, Morval (1982) analyse les conduites du héros. Elle considère d'abord leur niveau évolutif. Une conduite peut en effet être de nature instinctive ou résulter d'un apprentissage social. L'ordre d'apparition de ces types de conduites est important car il peut indiquer une régression ou de l'infantilisme. Morval propose ensuite l'analyse du niveau de performance des conduites. Les conduites sont alors classées selon cinq catégories : affectives, suspensives, préparatoires, consommatives et fictives.

La séquence normale des conduites suit le schème conduites préparatoires – consommatives, éventuellement précédées des conduites affectives et

suspensives. Elle indique dans quelle mesure le sujet est capable de prendre les moyens pour arriver à ses fins sans se laisse submerger ou paralyser par son affectivité. (Morval, 1982, p. 26)

Le style des conduites est par la suite pris en considération. Les conduites sont évaluées en fonction des axes suivants : 1) initiative – passivité; 2) impulsivité – contrôle; 3) force – faiblesse; 4) coordination – incoordination; 5) ténacité – labilité; 6) plasticité – rigidité. Cette rubrique a pour but d'établir le « style habituel des conduites du sujet » (Morval, 1982, p. 32).

En sixième lieu, il convient d'analyser l'entourage. « Il s'agit en fait du contexte physique et social dans lequel évolue le héros. » (Morval, 1982, p. 27). Le contexte physique entourant le héros donne des indications sur la façon dont le narrateur perçoit son monde externe. Il est également important de noter le type de relation qu'entretient le héros avec les personnes qui l'entourent de même que la façon dont le narrateur décrit ces mêmes personnages.

L'avant-dernière étape de la méthode d'analyse du TAT de Morval (1982) est le dénouement. La façon dont l'histoire se termine « montre dans quelle mesure les besoins sont satisfaits » (p.27). Il existe sept types de dénouement : favorable, défavorable, compromis, ambivalent, indécis, contradictoire et absence de dénouement. « Les dénouements favorables sont d'un meilleur pronostic quant à la capacité de l'individu d'aboutir à ses fins. » (Morval, 1982, p. 33).

En dernier lieu, Morval accorde une place aux commentaires. C'est l'endroit pour noter « les réflexions suggérées par l'histoire, (...) les significations possibles du récit, les rapprochements avec l'anamnèse du sujet » (Morval, 1982, p. 28).

Selon la méthode d'analyse du TAT de Morval (1982), l'analyse des histoires racontées à chacune des planches du TAT est suivie d'une étape de révision et de compilation de l'information obtenue. Étant donné que la présente recherche s'est limitée à obtenir un seul conte de la part de chaque participant, cette étape de l'analyse n'a pas eu lieu.

Les analyses effectuées par les expérimentatrices selon la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982) étaient consignées par écrit par chacune d'elle. Cependant, elles ne discutaient ni ne mettaient en commun les résultats de leur analyse. Cela se serait avéré un travail beaucoup trop fastidieux pour l'objectif poursuivi ici. En effet, il faut savoir que l'analyse des contes selon la méthode de Morval révèle énormément d'informations dont un très grand nombre ne sont pas directement en lien avec la variable dépression. En fait, si les évaluatrices devaient interpréter les contes selon la grille d'analyse de TAT de Morval, c'était d'abord dans le but de leur permettre de bien saisir la réalité psychologique du narrateur du conte et ensuite dans le but de les aider à calculer des indices de dépression pour chaque conte.

Ainsi, après l'analyse d'un conte selon la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982), les évaluatrices travaillaient à en faire ressortir des indices de dépression. Pour ce faire, elles l'analysaient, toujours individuellement, à l'aide de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression (voir Appendice F). Cette grille est basée sur les indicateurs de dépression identifiés par Morval. En effet, celle-ci propose que certains éléments ressortant de l'analyse des histoires selon sa méthode d'interprétation du TAT indiquent la présence de sentiments dépressifs. La construction de la grille d'analyse des contes s'est faite en adaptant la liste des indicateurs de dépression suggérés par Morval à un conte suscité en l'absence de stimulus visuel. Dans le but d'assurer plus de rigueur scientifique à la grille, certains indicateurs ont été définis avec plus de précision en recourant à une experte habilitée à recueillir des contes sans stimulus visuel auprès d'une population âgée. D'autres critères de la grille ont été établis en se basant sur les moyennes de groupes de l'échantillon (Voir les critères 18 et 28 de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression).

La grille d'analyse des contes contient 73 items. Elle est divisée selon les 12 divisions (7 rubriques et 5 sous-rubriques) de la méthode d'analyse du TAT de Morval (1982). Cependant, la section concernant le niveau évolutif des conduites du héros et celle portant sur les commentaires ne contiennent aucun indice de dépression. En conséquence, au niveau des analyses statistiques, il ne sera question que des 10 rubriques contenant des items. La cotation de la grille exige qu'une analyse préalable du conte selon la méthode d'interprétation du TAT de Morval ait été effectuée. En effet,

certaines items contenus dans la grille réfèrent directement aux résultats de cette première analyse.

Au niveau pratique, les expérimentatrices évaluaient individuellement chaque conte en fonction de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression. Sur la feuille de cotation, elles cochaient les critères présents dans le conte. À la fin, en comptant un point par critère, elles calculaient un indice global de dépression et un indice partiel pour chacune des 10 rubriques de la grille. Pour chaque conte, il résulte donc 2 indices globaux et 20 indices partiels de dépression. Ces 22 indices seront utilisés tel quel au niveau des analyses statistiques.

Toujours au niveau de l'analyse des contes, les juges classaient chaque conte dans une des six catégories suivantes : 1) histoire vécue racontée de façon personnelle; 2) histoire vécue racontée de façon impersonnelle; 3) histoire vécue racontée de façon mixte, c'est-à-dire que le narrateur parle à la fois de façon personnelle et impersonnelle; 4) conte inventé; 5) blague; 6) récit d'un rêve éveillé ou nocturne. La catégorie du conte était simplement ajoutée dans le haut de la grille de cotation.

Pour ce qui est du QDB, l'analyse fut beaucoup plus simple étant donné qu'il s'agit d'un test de dépression largement utilisé dont les normes sont clairement définies. En effet, au niveau de la cotation, pour chacun des 21 items du QDB, la première proposition vaut 0; la seconde, 1; la troisième, 2; et la quatrième, 3. Le résultat d'un

individu peut donc varier de 0 à 63 et il est classifié selon les normes suivantes : de 0 à 9, l'individu est non dépressif; de 10 à 18, il est légèrement à modérément dépressif; de 19 à 29, il est modérément à gravement dépressif; et finalement, de 30 à 63, il est gravement dépressif. De plus, l'usage veut que lorsqu'un répondant a entouré plus d'une proposition pour un item, c'est la proposition ayant la plus grande valeur qui est conservée dans le calcul du score total. Chaque QDB a été corrigé en fonction de ces barèmes. Il en résulte un score total de dépression pour chaque sujet qui représentera l'état dépressif au niveau des analyses statistiques.

Les analyses statistiques

Les analyses statistiques présentées s'articuleront en trois grandes sections. Tout d'abord, diverses analyses descriptives permettront de brosser un tableau détaillé et précis du matériel recueilli dans cette étude. Cette première section portera principalement sur les différentes variables reliées au conte lui-même, mais aussi sur les résultats au QDB.

Le deuxième volet de la présentation des résultats s'intéressera à la question de la fidélité de la grille de cotation développée dans le cadre de ce projet. Cette section plus technique visera essentiellement à comparer les cotes produites indépendamment par les deux évaluatrices et à éprouver l'accord inter-juges qui prévaut entre elles.

Finalement, le dernier volet de la présentation des résultats permettra de mettre à l'épreuve l'hypothèse centrale de cette recherche. Les différents indices de dépression issus de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression seront alors mis en relation avec le score dépressif ressortant du QDB. C'est dans cette section qu'il sera vraiment possible de vérifier la pertinence d'utiliser le conte en tant que méthode d'évaluation de la dépression auprès des personnes âgées.

La présentation des résultats

Analyses descriptives

D'abord, il importe d'exposer les caractéristiques du matériel recueilli dans le cadre de ce projet de recherche. Les analyses présentées ici porteront sur les contes et sur les résultats au QDB. En ce qui a trait à la description des contes amassés, ceux-ci comptent en moyenne 246,36 mots, avec un écart-type de 138,59. Le conte le plus court contient 60 mots et le plus long, 785. Le temps de latence, c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de la consigne et le début de la narration du conte, est en moyenne de 1,94 minutes, avec un écart-type de 2,21 minutes. Il varie entre 0 et 12 minutes. Le temps écoulé au cours de la narration s'étend de 1 à 32,25 minutes, avec une moyenne de 8,26 minutes et un écart-type de 5,86 minutes. Afin de se faire une meilleure idée de la performance de l'échantillon à la tâche du conte, il peut être intéressant de comparer les résultats des hommes et des femmes. La durée du temps de latence ne varie pas selon

que le répondant soit un homme ($M = 2,40$) ou une femme ($M = 1,49$), $t(45,22) = 1,65$, n.s. De plus, les contes racontés par les hommes ne contiennent pas plus de mots ($M = 248,23$) que ceux inventés par les femmes ($M = 244,48$), $t(60) = 0,11$, n.s. Ces dernières passent cependant moins de temps ($M = 6,80$) que les hommes ($M = 9,72$) à narrer leur histoire, $t(60) = 2,01$, $p < 0,05$.

La classification des contes au sein des 6 catégories établies permet de constater que la plupart des contes sont des histoires vécues racontées de façon personnelle. En effet, 30 contes se situent dans cette catégorie, alors que 11 correspondent à des faits vécus mixtes, 9 sont des contes inventés, 8 sont des faits vécus narrés de façon impersonnelle, 3 sont des récits de rêves et finalement 1 conte est une blague. L'établissement d'un tableau de contingence démontre que la distribution des contes à l'intérieur des différentes catégories n'est pas tributaire du sexe des narrateurs, $\chi^2(5, N = 62) = 4,84$, n.s.

Par ailleurs, les participants ont obtenu une moyenne de 7,53 points au QDB, avec un écart-type de 7,09 points. Les scores varient entre 0 et 34 points. En interprétant les résultats du QDB en fonction des normes, il faut conclure que 47 participants ne présentaient pas de dépression; 10 étaient légèrement à modérément dépressifs; 4 étaient modérément à gravement dépressifs et finalement, 1 était gravement dépressif. Plus simplement, 15 participants présentaient des symptômes dépressifs significatifs puisqu'ils ont obtenu un résultat de 10 ou plus au QDB. Il appert de plus que l'état

dépressif n'est pas en lien avec le sexe des répondants puisque les résultats des femmes ($M = 8,65$) ne diffèrent pas significativement de ceux des hommes ($M = 6,42$), $t(50,16) = 1,24$, n.s.

Analyse de l'accord inter-juges

Les différentes analyses qui suivent permettent de comparer les scores établis par les deux expérimentatrices à la grille de cotation des contes pour la variable dépression dans le but d'en établir la fidélité. Tout d'abord, les moyennes des deux juges au niveau du score global de dépression sont de 4,81 et de 4,58 points, avec des écart-types respectifs de 3,02 et 4,37 points. Les scores accordés par la première évaluatrice varient entre 1 et 15 points, alors que ceux de la deuxième s'étendent de 0 à 23 points. Les résultats du test de comparaison de moyennes jumelées démontrent que la différence observée entre les scores moyens octroyés par les deux évaluatrices ($M_1 = 4,81$, $M_2 = 4,58$) n'est pas significative, $t(61) = 0,71$, n.s.

Les scores globaux accordés par les deux expérimentatrices au niveau de l'analyse des contes ont été analysés en fonction du sexe des participants. Les scores globaux de dépression accordés aux femmes par la première expérimentatrice ($M_1 = 5,35$) ne diffèrent pas significativement de ceux qu'elle a accordés aux hommes ($M_2 = 4,26$), $t(60) = 1,44$, n.s. La seconde expérimentatrice a accordé des scores globaux de dépression qui sont en moyenne de 4,87 pour les femmes et de 4,29 pour les hommes.

Ceux-ci ne se distinguent pas significativement comme en fait foi le test de comparaison de moyenne, $t(60) = 0,52$, n.s.

La corrélation établie entre les indices globaux de dépression accordés par chacune des deux évaluatrices à la grille d'analyse des contes est élevée et significative, $r(60) = 0,83$, $p < 0,001$, ce qui renforce la similarité observée entre leurs cotations. De plus, des dix corrélations établies entre les scores partiels des deux évaluatrices au niveau de chacune des rubriques de la grille d'analyse, il n'y a que celle portant sur la catégorie entourage qui est non significative. Les 9 autres corrélations varient entre $r(60) = 0,37$, $p < 0,01$ et $r(60) = 0,97$, $p < 0,001$. Les résultats détaillés de ces analyses figurent au Tableau 1.

L'accord inter-juges calculé entre les cotations établies par les deux expérimentatrices sur l'ensemble des critères de la grille d'analyse des contes confirme la thèse de la conformité entre elles puisqu'il se situe à 96,18 %. Les accords inter-juges obtenus pour chacune des dix rubriques de la grille varient entre 87,9 % et 98,89 % (voir Tableau 2). Ce premier accord inter-juges a été calculé en tenant compte autant des occasions où les évaluatrices s'accordaient pour dire qu'un critère était présent que des cas où elles étaient d'accord sur l'absence d'un item dépressif. Les résultats de cet accord inter-juges apparaissent donc surestimer la proportion d'accord compte tenu que pour chaque conte, la majorité des critères de la grille d'analyse ne devaient pas être cochés. Un second calcul de l'accord inter-juges a été fait. Cette fois, tous les cas où les

Tableau 1

Corrélations entre les résultats des évaluatrices à la grille d'analyse
des contes pour la variable dépression

Rubrique	Corrélation
Thème	0,48 ***
Attitude du sujet	0,97 ***
Adaptation à la consigne	0,87 ***
Récit	0,53 ***
Héros et ses attributs	0,54 ***
Besoins	0,37 **
Performance des conduites	0,70 ***
Style des conduites	0,45 ***
Entourage	0,20, n.s.
Dénouement	0,63 ***
Total	0,83 ***

** p < 0,01 *** p < 0,001

Tableau 2

Pourcentage d'accord inter-juges au niveau de la grille d'analyse
des contes pour la variable dépression (1^{er} calcul)

Rubrique	% d'accord	Écart-type
Thème	98,89	2,66
Attitude du sujet	97,98	5,16
Adaptation à la consigne	97,31	9,15
Récit	91,53	9,27
Héros et ses attributs	97,95	4,48
Besoins	96,17	7,01
Performance des conduites	90,32	12,93
Style des conduites	87,90	25,10
Entourage	95,88	7,32
Dénouement	97,85	8,26
Total	96,18	2,84

deux évaluateuses avaient conclu à l'absence d'un critère ont été exclus de l'opération statistique. Les résultats du deuxième accord inter-juges (voir Tableau 3) sont donc de beaucoup inférieurs à ceux du premier. Ils varient entre 15,79 % pour la rubrique « besoins » et 93,71 % pour la rubrique « adaptation à la consigne ». Pour l'ensemble de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression, l'accord inter-juges calculé de cette façon se situe à 53,76 %.

Mise à l'épreuve de l'hypothèse de recherche

Cette section s'attardera à la présentation des analyses statistiques portant directement sur la vérification de l'hypothèse qui suggère que l'analyse des contes permet d'établir l'état dépressif des personnes âgées. En premier lieu, les scores globaux attribués par les deux expérimentatrices à la grille de cotation des contes ont été comparés aux résultats obtenus par les participants au QDB. Les corrélations ainsi établies s'élèvent à $r_1(60) = 0,46, p < 0,001$ et à $r_2(60) = 0,48, p < 0,001$. Cela confirme la présence d'un lien significatif entre l'évaluation de la dépression par l'entremise du conte et l'état dépressif.

Pour une meilleure analyse de la relation entre les résultats de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression et l'état dépressif, les indices partiels de dépression de chacune des expérimentatrices ont été corrélés avec les résultats au QDB

Tableau 3

Pourcentage d'accord inter-juges au niveau de la grille d'analyse
des contes pour la variable dépression (2^e calcul)

Rubrique	% d'accord	Écart-type
Thème	44,44	51,13
Attitude du sujet	79,17	37,39
Adaptation à la consigne	93,71	21,49
Récit	47,73	41,45
Héros et ses attributs	38,60	48,77
Besoins	15,79	37,46
Performance des conduites	30,99	42,82
Style des conduites	26,47	43,72
Entourage	18,25	36,48
Dénouement	42,86	53,45
Total	53,76	26,02

(voir Tableau 4). Sur les 20 corrélations établies, 5 s'avèrent non significatives. Les 15 autres varient entre $r_1(60) = 0,25, p < 0,05$ et $r_1(60) = 0,35, p < 0,01$ pour la première expérimentatrice et entre $r_2(60) = 0,27, p < 0,05$ et $r_2(60) = 0,44, p < 0,001$ pour la seconde.

Aux fins des tests de comparaison de moyennes ayant pour but de vérifier si les scores globaux de dépression ressortant de l'analyse des contes permettent de classer les participants selon la gravité de leurs symptômes dépressifs, l'échantillon a été séparé en deux en fonction des scores obtenus au QDB. Ainsi, les participants présentant un score de 9 et moins ont été placés dans un premier groupe ($M = 4,21$) et ceux obtenant un résultat de 10 ou plus, dans un second ($M = 17,93$). La différence observée entre les moyennes de ces deux groupes au QDB est significative, $t(14,9) = 7,4, p < 0,001$. Pour la première évaluatrice, le groupe « non dépressif » a obtenu une moyenne de 4,23 au niveau de la grille d'analyse des contes alors que le groupe « dépressif » présente quant à lui une moyenne de 6. Les résultats des deux groupes au niveau de l'analyse des contes effectuée par la seconde expérimentatrice sont semblables puisque que le groupe « non dépressif » obtient une moyenne de 3,72 alors que le groupe « dépressif » a une moyenne de 6,36. Néanmoins, il apparaît que le score global provenant de l'analyse des contes de chacune des expérimentatrices ne permet pas de discriminer les individus selon leur niveau de dépression, $t_1(14,70) = 1,50, n.s$ et $t_2(14,17) = 1,48, n.s$.

Tableau 4
 Corrélations entre les indices dépressifs des contes évalués
 par chacun des juges et les résultats au QDB

Rubrique	Expérimentatrice 1	Expérimentatrice 2
Thème	0,28 *	0,33 **
Attitude du sujet	0,27 *	0,27 *
Adaptation à la consigne	0,35 **	0,33 **
Récit	0,25 *	0,33 **
Héros et ses attributs	0,06, n.s.	0,29 *
Besoins	- 0,13, n.s.	0,10, n.s.
Performance des conduites	0,35 **	0,36 **
Style des conduites	0,35 **	0,23, n.s.
Entourage	0,15, n.s.	0,44 ***
Dénouement	0,32 **	0,39 ***
Total	0,46 ***	0,48 ***

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Discussion

Avant d'entreprendre l'interprétation des résultats découlant du traitement des données, il convient de rappeler l'objectif poursuivi par la présente recherche, à savoir déterminer la pertinence de recourir au conte afin d'évaluer la dépression chez les personnes âgées. Cette démarche s'inscrit d'abord dans la foulée de travaux précédents, notamment ceux de Luborsky (1993) et de Lavallée (1999), qui avaient suscité un grand intérêt en regard de l'utilisation des méthodes narratives auprès de la clientèle âgée. Elle est ensuite en lien direct avec la lacune observée au niveau des outils d'évaluation de la dépression gériatrique (Cappeliez, 1993). À cet effet, elle tente d'explorer une nouvelle façon de faire en ce domaine.

Ce chapitre sera divisé en trois grandes sections. La première d'entre elles examinera les différents résultats obtenus dans le cadre de cette étude. La seconde portera sur les forces et les faiblesses de sa méthodologie et la dernière section abordera la nature de ses retombées potentielles.

L'interprétation des résultats

Afin de vérifier l'hypothèse à l'effet que l'analyse des contes inventés par des participants âgés permettrait de déceler leur état dépressif, une comparaison a été établie entre le nombre d'indicateurs de dépression contenus dans les contes et les résultats au

QDB. Cette mise en relation exigeait toutefois des étapes préalables, dont l'interprétation des contes, le dénombrement des items dépressifs qu'ils contenaient et la mesure des symptômes dépressifs à l'aide du QBD. Chacune de ces étapes fera ici l'objet d'une exploration distincte.

L'analyse des contes selon la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982)

Il faut se rappeler ici que les contes recueillis auprès des 62 participants de cette étude ont fait l'objet d'un dépouillement en deux étapes. En premier lieu, les deux évaluatrices les analysaient à l'aide de la méthode d'interprétation du TAT mise au point par Morval (1982). En deuxième lieu, elles dénombreaient les éléments dépressifs qu'ils contenaient à l'aide d'une grille construite à cette fin. Cette deuxième étape sera abordée un peu plus loin. Pour l'instant, il convient de se pencher sur la première.

Le choix de la méthode de Morval (1982) en tant qu'instrument d'analyse des contes repose sur les résultats obtenus par Lavallée (1999) dans le cadre d'une recherche exploratoire portant sur l'utilisation du conte en tant que méthode d'évaluation de la clientèle âgée. Dans cette étude, l'interprétation des contes selon la méthode d'analyse du TAT de Morval avait amené Lavallée à conclure que les personnes âgées se projetaient fortement dans leur récit, notamment au niveau de la problématique, du héros, des conduites et du dénouement.

Au sein de la présente étude, les interprétations des contes établies de façon individuelle par les deux évaluatrices n'ont pas été entièrement comparées entre elles en raison de la grande quantité d'informations impliquées, informations qui ne sont pas toutes pertinentes en fonction de la variable dépression, et en raison de l'étendue du temps que cette démarche aurait exigé. En somme, seules quelques données chiffrées peuvent être abordées quant à la pertinence d'avoir utilisé la méthode de Morval (1982) en tant qu'outil d'interprétation des contes. Les observations des expérimentatrices s'avéreront donc très intéressantes ici.

Les expérimentatrices ont d'abord remarqué que la méthode de Morval (1982) permettait d'en venir à une analyse approfondie et complète des contes amassés sans support visuel. Les huit catégories de l'analyse du TAT selon Morval permettent en effet de décortiquer le conte de façon systématique et progressive. Chacune des rubriques est d'une grande utilité puisqu'elle informe sur un aspect particulier de la personnalité, de la problématique et du mode de fonctionnement social du narrateur. La compilation de l'information qui découle de l'interprétation a permis de mettre en lumière des données qui n'étaient pas nécessairement évidentes à la première lecture du conte. Nombre de renseignements sur les participants sont ainsi accessibles à travers leur conte.

Au cours de leur travail, les évaluatrices ont toutefois noté quelques inconvénients en ce qui a trait à la première étape de l'analyse des contes. Il s'est d'abord avéré que dans certains cas, elles ont eu de la difficulté à identifier le personnage principal du

conte. En fait, dans 7 cas sur 62, elles sont arrivées à des résultats différents à ce niveau. Ce phénomène a suscité quelques interrogations. Il semble qu'il puisse en partie être attribué à la façon dont les expérimentatrices ont procédé. D'abord, il faut dire qu'au moment du traitement des contes, elles n'avaient accès à aucune autre information à propos des narrateurs. Ainsi, les contes et les fiches d'observation de l'attitude du participant avaient été séparés du reste du matériel afin que l'interprétation se fasse à l'aveugle. Les évaluatrices croient que dans la majorité des cas, si elles avaient eu un peu plus d'informations sur les participants, comme cela aurait été le cas en milieu clinique, elles auraient été en mesure d'identifier correctement le véritable héros du conte. Par ailleurs, certaines divergences entre les expérimentatrices proviennent du fait que pour chaque conte, elles s'obligeaient à ne retenir qu'un seul héros. Cette façon de faire avait pour but de faciliter le traitement statistique des données, mais elle n'est pas conforme à ce que préconise Morval (1982) lorsqu'elle spécifie qu'une personne peut projeter différents aspects de sa personnalité dans chacun des personnages ou lorsqu'elle avance que la distribution des personnages peut faire état d'une indifférenciation entre le narrateur du conte et autrui. Ainsi, les expérimentatrices ont parfois dû faire un choix forcé alors que selon la méthode de Morval, elles auraient été justifiées de ne pas le faire. De plus, le fait que certains participants aient narré au « je » une histoire qui mettait majoritairement en scène un autre personnage peut expliquer une partie des cas où les deux expérimentatrices ne partageaient pas la même idée quant à l'identification du personnage principal. Dans ces cas, il est plausible qu'elles aient eu tendance à identifier le « je » comme étant le héros du conte, même si, au cours de leur formation à

l'analyse, elles avaient appris que le personnage principal était celui qui s'avérait le plus en évidence dans le conte. Finalement, il semble que la plupart des désaccords des deux évaluatrices auraient été éliminés si elles avaient eu plus de renseignements sur la situation familiale et sociale ainsi que sur l'anamnèse des participants, si elles avaient reçu une plus longue formation à l'analyse et si elles avaient pu identifier plus d'un personnage en tant que héros comme le suggère Morval.

Dans les cas où les deux évaluatrices n'avaient pas identifié le même héros, il est certain que l'ensemble de leur interprétation divergeait par la suite en plusieurs points, notamment au niveau des besoins, des conduites et de l'entourage.

Malgré tout, il appert que la méthode de Morval (1982) était bien adaptée au matériel en cause ici. Son utilisation était pertinente car elle permet d'accéder à une grande quantité d'informations qui s'avèrent très précieuses dans le contexte d'une évaluation psychologique. Les difficultés rencontrées par les expérimentatrices au niveau de l'interprétation des contes ne semblent donc pas attribuables à la méthode d'analyse choisie, mais bien aux impératifs stricts auxquels elles étaient soumises compte tenu de la démarche scientifique qu'elles poursuivaient.

Le dénombrement des indicateurs de dépression contenus dans les contes

Après avoir interprété chaque conte, les évaluatrices mesuraient le nombre d'indices de dépression qui en ressortaient. Ce travail s'effectuait à l'aide de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression qui a été conçue à cette fin. Cette recherche consistait donc en la première mise à l'épreuve scientifique de cette grille, c'est pourquoi sa fidélité inter-juges a été analysée.

D'abord, il importe de redire que la grille d'analyse des contes pour la variable dépression a été élaborée à partir de la liste des indices dépressifs identifiés par Morval (1982) à l'occasion de son travail sur l'interprétation du TAT. Les critères de la grille étaient regroupés en fonction des rubriques de l'analyse du TAT de Morval. Ainsi, les deux étapes du traitement des contes partageaient le même langage et le même rationnel ce qui engendrait une grande continuité entre elles et facilitait le travail des expérimentatrices. Celles-ci devaient déterminer si un critère de la grille était présent en se référant à la première analyse qu'elles venaient de faire.

En ce qui a trait à la fidélité inter-juges de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression, deux niveaux d'analyse seront discutés. Le premier regardera globalement l'accord entre les deux évaluatrices alors que le second s'attardera de façon plus spécifique aux rubriques de la grille d'analyse.

De façon générale, les analyses statistiques permettent de conclure à une conformité très acceptable entre les jugements des deux expérimentatrices. Ainsi, les cotations qu'elles ont établies séparément ne se distinguent pas significativement l'une de l'autre et elles sont fortement corrélées entre elles. De plus, le pourcentage d'accord inter-juges global est très élevé (98,89 %). Il faut cependant se rappeler que ce pourcentage a été obtenu en tenant compte de tous les critères de la grille d'analyse du conte pour la variable dépression et qu'à cet effet, il bénéficie grandement du fait que pour chaque conte, la majorité des critères de la grille ne devaient pas être cochés. Afin de s'en convaincre, il suffit de revenir sur les moyennes globales des deux évaluatrices à la grille d'analyse du conte. Elles s'établissaient à 4,81 et 4,58 sur une possibilité de 73 items. Cela s'explique en partie par le fait que sur les 73 items, certains s'excluaient mutuellement de sorte qu'il aurait été impossible qu'un individu obtienne un score de 73 sur 73. Ce phénomène fait en sorte que le premier accord inter-juges représente plus l'accord des expérimentatrices sur l'absence de dépression dans un conte particulier que leur accord sur sa présence. Cette conclusion a engendré le calcul d'un second accord inter-juges. Cette fois-ci, tous les cas où les expérimentatrices s'accordaient pour dire qu'un critère était absent ont été exclu des données. Ainsi, le deuxième accord inter-juges, qui se situe à 53,76 %, est excessivement sévère car il regarde précisément l'orientation d'une expérimentatrice lorsque l'autre a jugé qu'un critère était présent.

Malgré l'écart observé entre ces deux accords inter-juges, il faut reconnaître que chacun représente une réalité qui appartient en propre à la grille d'analyse des contes

pour la variable dépression. Ainsi, aucun des deux accords inter-juges obtenus ne peut être considéré de façon isolée. Chacun possède un côté artificiel en ce sens que le premier apparaît comme étant exagérément élevé alors que le second est au contraire excessivement sévère. Malgré cela, les résultats globaux en ce qui a trait à la comparaison des cotations établies par les deux expérimentatrices démontrent que deux personnes formées arrivent à des jugements assez similaires lorsqu'elles évaluent le nombre d'éléments dépressifs qui ressortent d'un conte à l'aide de la grille de cotation des contes pour la variable dépression.

L'analyse des résultats obtenus en fonction de chacune des rubriques de la grille de cotation des contes pour la variable dépression permet de tirer des conclusions plus précises par rapport à sa fidélité. Les scores accordés par les deux expérimentatrices à chacune des rubriques de la grille d'analyse sont significativement corrélés entre eux, sauf en ce qui concerne la rubrique « entourage ». De plus, les corrélations observées entre les scores des deux évaluatrices aux rubriques « thème », « besoins » et « style des conduites », bien que significatives, n'atteignent pas 0,50. Au moment du calcul du premier accord inter-juges, toutes les rubriques bénéficiaient d'un pourcentage d'accord très élevé. Le deuxième accord inter-juges démontre un taux de similarité très faible entre les cotations des expérimentatrices au niveau des rubriques « héros et ses attributs », « besoins », « performance des conduites », « style des conduites » et « entourage ».

De nombreux facteurs peuvent apporter un éclairage intéressant quant à la difficulté des évaluateurs d'arriver à un jugement semblable au niveau des rubriques mentionnées au paragraphe précédent. D'abord, il est certain que la difficulté qu'elles ont eu à identifier le véritable héros de certains contes a affecté leurs résultats et l'accord entre elles au plan des rubriques « héros et ses attributs », « besoins », « performance des conduites », « style des conduites » et « entourage ».

Pour ce qui est de la rubrique « performance des conduites », il est possible que la faiblesse de l'accord entre les expérimentatrices s'explique par une difficulté à bien identifier les différentes sortes de conduites au moment de l'analyse des contes à l'aide de la méthode d'interprétation du TAT de Morval (1982). En effet, au sein de la rubrique « performance des conduites », les critères étaient directement basés sur les résultats de la première analyse des contes. Il faut en déduire que même de légères différences au moment de l'analyse selon la méthode de Morval, par exemple au niveau du nombre de conduites préparatoires, pouvaient engendrer un désaccord significatif au moment du dénombrement des items dépressifs contenus dans le conte.

Par ailleurs, certaines faiblesses de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression peuvent être évoquées comme facteurs explicatifs quant aux résultats de l'accord inter-juges aux rubriques « thème », « héros et ses attributs », « besoins », « performance des conduites », « style des conduites » et « entourage ». Ainsi, à l'intérieur de ces rubriques, certains éléments se ressemblaient beaucoup ce qui a pu

engendrer une certaine confusion chez les évaluatrices. Par exemple, au plan de la rubrique « entourage », trois critères sont assez similaires : « le héros se sent rejeté », « le héros se sent blâmé » et « le héros se sent méprisé ». À la rubrique « héros et ses attributs », le même phénomène existe au niveau des critères « triste ou malheureux » et « découragé » qui sont assez semblables tout comme les critères « inerte ou passif » et « dépendant ». Ces quelques exemples ont pour seul but de démontrer qu'à plusieurs endroits dans la grille d'analyse des contes pour la variable dépression, les deux évaluatrices ont pu percevoir le même phénomène, sans pour autant cocher exactement le même critère. Cette hypothèse invite à un raffinement de la grille construite dans le cadre de cette recherche. Effectivement, il serait primordial de définir clairement chacun des items et même, dans certains cas, de regrouper des items trop semblables afin de minimiser la confusion possible.

Malgré les quelques faiblesses observées au niveau de la fidélité de certaines rubriques de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression, il faut retenir que sur la plupart des rubriques et de façon globale, les cotations établies par les deux expérimentatrices présentaient une conformité acceptable. Cela autorisait la poursuite de la démarche scientifique entreprise en ce qui a trait à la comparaison entre les scores dépressifs ressortant de l'analyse des contes et les résultats des participants au QDB.

L'analyse des scores obtenus par les participants au QDB

La mise à l'épreuve de l'hypothèse de recherche requérait une variabilité au niveau des résultats obtenus par les participants au QDB. À cet effet, l'étendue de 34 points qui a été obtenue a été jugée suffisante pour procéder aux analyses statistiques subséquentes. En ce qui a trait à l'état dépressif des gens sondés, quelques résultats méritent d'être regardés de plus près. D'abord, il apparaît qu'environ 24 % de l'effectif étudié présente des symptômes dépressifs significatifs, qui sont jugés, dans environ 8 % des cas, comme étant modérés ou sévères. Il faut rappeler que les participants en cause ici étaient tous des gens autonomes, en relative bonne santé et dont le niveau d'activité était élevé. Leurs résultats ont donc été comparés à ceux obtenus par d'autres auteurs au sein d'une population de personnes âgées vivant dans la communauté. La proportion de gens souffrant de symptômes dépressifs dépasse ici les taux préalablement estimés par Vézina et ses collègues (2000) et par Blazer (1994). Néanmoins, elle est similaire à la description de la réalité établie par Cappeliez (1993). Par ailleurs, la présente étude n'a pas mis en évidence de différence entre les résultats des femmes et des hommes au QDB; ce qui est contraire aux observations d'autres auteurs à l'effet que les femmes présentent généralement un taux de symptômes dépressifs plus élevé que celui des hommes (Blazer, 1994; Kennedy, 1996; Zarit & Zarit, 1998). Ce résultat s'explique difficilement sauf en l'attribuant à la taille de l'échantillon qui n'a peut-être pas permis la répétition de ce phénomène largement observé.

Par ailleurs, certaines critiques peuvent être émises à l'endroit du QDB. Les deux expérimentatrices ont observé, dans le cadre de la présente recherche, que certaines questions embêtaient particulièrement les participants âgés. En effet, le QDB demande aux répondants d'entourer, pour chaque item, l'énoncé qui représente le plus la manière dont ils se sont sentis depuis les sept derniers jours, aujourd'hui y compris. Les questions concernant notamment l'apparence physique, le sommeil, l'appétit, la capacité à travailler, la fatigue et l'intérêt pour les activités sexuelles entraînant une certaine confusion parce qu'elles incluaient une comparaison avec le passé. Ainsi, en se rapportant à leur vie précédant la retraite, quelques participants étaient tentés de répondre que ces dernières sphères avaient subi de grands changements alors qu'en se référant aux quelques derniers mois, ils ne voyaient pas un si grand changement. En fait, la confusion vécue par les participants vient du fait que le QDB s'intéresse à certains phénomènes qui sont amenés à subir des changements normaux avec l'avancement en âge. La réponse apportée par les individus est alors tributaire du moment de leur vie qu'ils choisissent comme critère de comparaison aux sept derniers jours. Il est possible que ce phénomène ait eu quelque chose à voir avec le fait que la proportion de gens considérés dépressifs dépasse un peu celle observée dans les recherches précédentes. À cet effet, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus à la grille d'analyse des contes pour la variable dépression à ceux obtenus par un groupe de personnes âgées à l'Échelle de dépression gériatrique (Bourque, Blanchard, & Vézina, 1990) ou lors d'entrevues diagnostiques cliniques. Il est à noter que dans le cadre de la présente étude,

l'utilisation du QDB a été préférée à celle de l'Échelle de dépression gériatrique compte tenu que le QDB permet des réponses plus nuancées de la part des participants.

L'analyse des résultats découlant de la vérification de l'hypothèse

La vérification de l'hypothèse s'est faite sur deux niveaux, c'est-à-dire au niveau global et au niveau de chacune des rubriques de la grille d'analyse des contes pour la variable dépression. Au niveau global, les résultats sont intéressants. D'abord, les cotations des contes établies séparément par les deux évaluatrices sont en lien significatif avec les résultats au QDB ($r_1[60] = 0,46, p < 0,001$ et $r_2[60] = 0,49, p < 0,001$). Ces résultats apparaissent comme étant très probants compte tenu que les deux éléments de comparaison, les contes et le QDB, bien qu'ils s'intéressent à la même variable, sont très différents. En effet, les contes sont de nature projective et non spécifique en ce sens qu'ils ne renferment pas seulement des informations relatives à l'état émotif alors que le QDB est un outil objectif qui est spécifiquement conçu dans le but de déterminer l'état dépressif d'un répondant. En ce sens, les deux corrélations globales entre l'analyse des contes et le QDB confirment que l'interprétation de contes à l'aide de la grille d'analyse construite à cette fin permet d'obtenir de l'information pertinente sur l'état dépressif des personnes âgées.

Il est possible de croire que certains facteurs ont affecté le niveau des corrélations globales observées. Ainsi, le manque de précision de la grille d'analyse des contes pour

la variable dépression tel qu'il a été observé plus tôt pour certains items a pu entraîner certaines difficultés au niveau de la cotation des contes. Il sera intéressant d'examiner, dans le futur, si une amélioration de la définition des critères de la grille engendrera une élévation du niveau de la corrélation établie entre la cotation des contes et l'état dépressif. De plus, la nature des contes recueillis est susceptible d'avoir influencé les résultats des analyses corrélationnelles. Ainsi, la plupart des contes étaient relativement courts et plusieurs se sont avérés être des récits d'événements vécus. Ces narrations de faits passés ont été incluses dans l'échantillon en se basant sur les résultats de Luborsky (1993) qui était arrivé à la conclusion que les récits de ce genre permettaient de différencier les personnes âgées dépressives des non dépressives. Cependant, il faut se demander si les corrélations n'auraient pas été plus élevées si tous les contes analysés avaient réellement pris forme dans l'imagination des participants puisque dans ce cas, la méthode d'analyse du TAT de Morval (1982) aurait été plus facilement applicable.

Le deuxième niveau d'analyse des résultats portant sur la vérification de l'hypothèse concerne la comparaison entre les résultats obtenus au QDB et ceux qui ressortent, rubrique par rubrique, de l'analyse effectuée par les deux évaluateurs. En ce qui concerne la cotation des contes établie par la première évaluatrice, trois rubriques apparaissent comme n'étant pas en lien significatif avec les résultats du QDB : le « héros et ses attributs », les « besoins » et « l'entourage ». Pour ce qui est de la deuxième expérimentatrice, seules deux rubriques ne sont pas significativement liées aux résultats du QDB : les « besoins » et le « style des conduites ». Il est possible de déduire de ces

observations que la catégorie « besoins », telle que définie par Morval (1982) et telle qu'elle a été adaptée au sein de la grille de cotation des contes pour la variable dépression n'est pas liée aux résultats du QDB. En analysant de plus près les items de cette rubrique, il faut conclure qu'ils sont très différents des éléments mesurés par le QDB, ce qui peut expliquer l'absence de lien entre les deux. Il semble possible que les besoins définis par Morval (1982) comme étant des indices de dépression permettent plus de comprendre la dynamique et l'origine de l'état émotif que de mesurer précisément sa sévérité. De plus, il semble que les mêmes besoins pourraient être vécus à la fois par des individus dépressifs et non dépressifs. À cet effet, le « besoin de sécurité » par exemple, est aussi susceptible d'être présent chez une personne anxieuse que dépressive. Cela a probablement contribué à l'absence de corrélation entre cette rubrique et les résultats au QDB.

Dans le cas des autres rubriques qui n'étaient pas corrélées avec les résultats du QDB pour l'une ou l'autre des expérimentatrices, l'explication est différente. Ainsi, le fait qu'une catégorie soit corrélée au QDB pour une évaluatrice mais pas pour l'autre semble attribuable à des particularités qui leur sont propres au niveau de l'interprétation des contes. Il est fort possible qu'une plus longue formation à l'analyse les aurait amenées à de meilleurs résultats à ce niveau. Par ailleurs, étant donné le caractère projectif des contes et l'importance de la démarche d'interprétation, il faut s'attendre à retrouver un certain nombre de disparités entre les jugements de deux personnes différentes. Cependant, il est possible de constater que dans l'ensemble, leurs cotations

sont largement semblables. En effet, pour les rubriques « thème », « attitude du sujet », « adaptation à la consigne », « récit », « performance des conduites » et « dénouement », les corrélations entre la cotation de chacune d'entre elles et les résultats au QDB sont similaires.

Avant de quitter le domaine des corrélations établies au sein de cette étude, il est pertinent de se pencher sur le fait que les deux corrélations globales établies entre les cotations des expérimentatrices et les résultats au QDB sont plus élevées que l'ensemble des autres corrélations significatives ressortant de la comparaison entre chacune des rubriques de l'interprétation des contes et le QDB. En fait, l'accumulation d'indices de dépression au sein du conte semble être le meilleur indicateur de dépression. Ainsi, que les indices de dépression proviennent d'une catégorie ou d'une autre, ils ne ressortent pas comme étant plus pertinents en tant que mesure de la dépression. Il semble donc utile de conserver la grille dans son état actuel et de ne pas éliminer de catégories en pensant qu'elles apportent moins à l'analyse que les autres. Il faut avouer ici que la catégorie « besoins » semble quelque peu problématique. Malgré tout, une meilleure définition des critères qu'elle contient devrait être envisagée avant d'en venir à la retirer des étapes de l'interprétation des contes.

Les tests de comparaison de moyennes établis entre les participants âgés dépressifs (10 et plus au QDB) et les non dépressifs (9 ou moins au QDB) en ce qui a trait aux résultats de l'analyse des contes effectuée par chacune des expérimentatrices sont

apparus comme étant non significatifs. Ce résultat, contraire aux attentes, peut indiquer deux choses, soit que la méthode des contes, bien qu'elle parvienne à mesurer la présence de symptômes dépressifs, ne réussit pas à en déterminer la gravité, soit que l'échantillon en cause ici n'était pas assez grand pour permettre l'observation d'une différence significative. Cette dernière hypothèse devait être éliminée avant que la seconde ne soit confirmée car le groupe « dépressif » comportait seulement 14 participants.

Les forces et les faiblesses méthodologiques

Malgré l'attention qui a été portée à la préparation de cette recherche, elle contient quelques faiblesses dont il sera maintenant question. D'abord, l'ordre dans lequel les différentes tâches ont été présentées aux participants doit être remis en question. Il faut se rappeler ici que lors de l'étude pilote, les participants avaient à inventer un conte immédiatement après avoir rempli le questionnaire d'informations générales avec l'expérimentatrice. Cette façon de faire voulait éviter toute forme de contamination possible entre les tâches présentées aux participants. Cependant, les observations faites au moment de l'étude pilote étaient à l'effet qu'au moment de la consigne du conte, les personnes âgées devenaient anxieuses et quelque peu troublées. Elles cherchaient leurs idées et elles semblaient gênées d'avoir à imaginer une histoire si tôt dans la rencontre. Ces constatations ont fait en sorte que l'ordre de présentation du matériel a été changé de façon à ce que la tâche du conte arrive en toute fin d'entrevue, une fois le climat de

confiance installé. Ce choix a été fait dans le but d'améliorer le bien-être des participants. Malheureusement, il impliquait la possibilité que la teneur des contes inventés soit influencée par les questions auxquelles les participants avaient dû répondre au QDB. Il faut donc reconnaître qu'il est possible qu'un effet d'amorçage soit présent au sein des données présentées. En fait, les résultats de cette étude démontrent que lorsque des indices de dépression sont présents au sein d'un conte, la grille d'analyse des contes pour la variable dépression parvient à les déceler. Cependant, il est impossible d'affirmer que le même nombre d'indicateurs de dépression aurait été identifié à l'intérieur des contes amassés si ceux-ci n'avaient pas été influencés par la passation du QDB.

Une autre faiblesse doit être relevée au sein de cette étude. Elle a été soulevée plus tôt, il s'agit de la nature des contes amassés. En effet, relativement peu de contes avaient la forme attendue. La plupart des participants ont raconté un fait vécu alors que la consigne tentait de les amener à inventer une histoire, à l'imaginer. Suite à l'étude pilote, la consigne avait été modifiée de façon à engendrer moins d'anxiété chez les répondants. Ainsi, au sein de la consigne, le mot « histoire » avait remplacé le mot « conte ». Ce changement semble avoir contribué au fait que les gens ont majoritairement raconté des faits vécus, le mot « histoire » n'impliquant pas, au contraire du mot « conte », le recours à l'imaginaire et au merveilleux. En somme, le choix effectué à ce niveau a sans doute été une erreur. Il aurait été préférable de s'assurer que la consigne utilisée au sein de l'étude pilote soit suivie et respectée par les participants. Malgré tout, il est

encourageant de constater que même si les contes étaient d'une qualité littéraire inférieure aux attentes, les corrélations établies entre eux et le QDB étaient significatives ce qui laisse à penser que l'obtention de véritables « contes » permettrait d'obtenir un lien plus fort entre les deux variables.

Toujours dans le but d'identifier les faiblesses méthodologiques de la présente recherche, il faut maintenant se pencher sur la grille d'analyse des contes pour la variable dépression. À cet effet, les éléments discutés précédemment ne seront pas tous repris, mais certaines suggestions seront présentées. Premièrement, les critères de la grille se doivent d'être clairement définis. De plus, les items qui se ressemblent beaucoup devraient être regroupés. Cela aurait probablement pour effet d'améliorer la similarité entre les cotations des différents expérimentateurs car l'ambivalence ou la confusion notée plus tôt serait ainsi éliminée. Il est éventuellement possible que la catégorie « besoins » doive être retirée de la grille car elle ne s'est pas démontrée en lien significatif avec les résultats du QDB.

En dernier lieu, certaines caractéristiques de l'échantillon limitent grandement la généralisation des résultats de cette étude. D'abord, les aînés qui ont gentiment accepté de participer à l'expérimentation étaient tous des gens qui vivaient à leur domicile, qui étaient en relative bonne santé, qui avaient des activités et qui étaient généralement satisfaits du déroulement de leur vie ces dernières années. Il devient donc imprudent de croire que les mêmes résultats concernant la mesure de la dépression à travers les contes

pourraient être observés au sein d'une population différente, notamment formée de personnes âgées en perte d'autonomie, surtout si elles vivent dans une institution de soins de longue durée. Cette dernière population est très différente de celle étudiée ici de sorte qu'il serait hasardeux de prétendre que les mêmes résultats seraient obtenus, et ce, même si une méthodologie identique était utilisée. En outre, la taille de l'échantillon de cette étude semble aussi avoir limité l'étendue des résultats notamment en ce qui a trait à l'évaluation de la sévérité de l'état dépressif au moment du test de comparaison de moyenne entre les dépressifs et les non dépressifs.

Sans oublier les faiblesses identifiées, il convient maintenant de s'arrêter aux points forts de la présente étude. D'abord, il faut se rappeler que la présente recherche a été élaborée à partir du constat selon lequel il existe une lacune importante au niveau des instruments d'évaluation de la dépression gériatrique. À cet effet, il y avait ici une tentative de validation d'un nouvel outil, le conte, qui se veut adapté à la clientèle âgée. Ainsi, le conte est une méthode qui ne nécessite pas que la personne sache lire ou écrire. Il s'utilise donc facilement auprès des gens âgés analphabètes ou peu scolarisés ou qui ont des problèmes de vision. Le conte contourne aussi la réticence des personnes âgées à dévoiler leurs sentiments dépressifs. En effet, de par sa nature projective, les individus s'y révèlent sans en avoir pleinement conscience. En somme, les résultats des différentes observations sont à l'effet que l'évaluation par l'entremise du conte est très adéquate et particulièrement bien adaptée aux caractéristiques des personnes âgées. Il s'agit là de la plus grande force de cette étude.

Une autre force de cette recherche est de reposer sur les résultats concluants d'études précédentes qui avaient suggéré que l'utilisation du conte en tant qu'outil diagnostique auprès des personnes âgées était pertinente (Lavallée, 1999; Luborsky, 1993). En considérant qu'un corpus littéraire sur le sujet est en train de se former et que les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux des précédentes, il faut en conclure qu'il serait difficile de les attribuer au hasard. Il semble donc légitime de croire que le conte est indiqué au plan de l'évaluation de la dépression chez les gens âgés.

Finalement, au niveau de l'échantillonnage, il faut se rappeler qu'autant de femmes que d'hommes ont participé à la recherche. Cela permet de conclure que la méthode des contes permet d'obtenir de l'information sur l'état dépressif d'un narrateur âgé et en relative bonne santé, peu importe son sexe.

Les retombées potentielles

La démonstration qui a été menée dans le cadre de cette étude confirme que l'interprétation des contes recueillis auprès de participants âgés permet d'obtenir de l'information précieuse sur leur état dépressif. Cela implique de nombreuses retombées, autant au niveau de la recherche scientifique qu'au sein du domaine clinique.

Dans le champ de la recherche, les résultats obtenus ici justifient la poursuite du travail au niveau de la grille de cotation des contes pour la variable dépression. Il convient d'abord de tenter d'améliorer cette grille en tenant compte des suggestions et des faiblesses définies plus tôt. Il serait très intéressant d'accumuler des données sur la validation scientifique de la grille de sorte qu'elle puisse un jour être normalisée et utilisée par les cliniciens.

Se basant sur les résultats encourageants de la présente étude, d'autres chercheurs pourraient s'intéresser à évaluer différentes caractéristiques de la clientèle âgée à l'aide de la méthode du conte. En effet, l'ensemble de la démarche d'analyse du TAT de Morval (1982) permet de déceler les tendances dans la personnalité d'un individu. Les informations ressortant de cette analyse pourraient être mises en relation avec les résultats de différents tests comme des tests généraux de personnalité ou spécifiques à une problématique. Comme le suggère la méthode de Morval, l'analyse de plus d'un conte provenant d'un même individu permettrait sans doute d'avoir accès à des renseignements plus riches et nuancés. Il s'agit d'un point à ne pas négliger au sein de recherches ultérieures.

Une autre voix à explorer en rapport avec l'évaluation des gens âgés par le conte est celle de la détection précoce d'un processus de démence. En effet, il est connu que la démence conduit à une altération de la communication et ce, quelle qu'en soit sa forme (Cardebat, Démonet, Puel, Nespoulous, & Rascol, 1991). La démence de type

Alzheimer, par exemple, engendre, dans les premiers stades, des déficits discrets au plan du langage. Le phénomène du *manque du mot* est régulièrement observé (Cardebat & al., 1991). Étant donné que la tâche d'inventer un conte implique de nombreuses fonctions langagières et plusieurs habiletés telles l'anticipation, la planification, l'organisation temporelle et du discours, il est plausible de croire qu'une bonne analyse d'un conte et du comportement du narrateur permettrait de déceler précocement des éléments indicateurs d'une perte d'habiletés cognitives impliquées dans le langage.

Par ailleurs, il serait très intéressant de tester la valeur scientifique et projective de variantes de la méthode du conte telle qu'employée ici. À cet effet, il serait sans doute très pertinent de vérifier si le fait de demander à des participants âgés de compléter des débuts d'histoires permettrait d'obtenir autant d'informations sur eux qu'il a été possible d'en recueillir dans le cadre de cette étude. La méthode des débuts d'histoires aurait sans doute un grand avantage au niveau de l'analyse en ce sens que les productions des participants seraient plus facilement comparables entre elles. De plus, le stress vécu par certains participants face à la demande d'inventer une histoire serait probablement beaucoup diminué s'ils devaient plutôt compléter une histoire.

Au niveau clinique, les résultats de la présente étude pourraient engendrer des débouchés très intéressants. D'abord, comme Lavallée (1999) l'avait précédemment observé, les personnes âgées sont très ouvertes à l'évaluation par les contes. Certaines vivent un peu d'anxiété à la fin de la consigne, mais en général, à partir du moment où

elles ont trouvé leur idée, elles narrent l'histoire de façon intéressée. Certaines y prennent même un grand plaisir. Il faut reconnaître ici que les contes, en plus de donner accès au monde intérieur du narrateur, ont un effet cathartique (Blomart & Hoornaert, 1999; Stirtzinger, 1983) qui peut s'avérer très soulageant pour l'individu qui revit, de façon imagée ou inconsciente, certains éléments importants de sa vie à travers l'histoire qu'il invente.

Enfin, toujours au niveau de l'intervention, l'interprétation d'un conte peut être très utile à un thérapeute. Ainsi, contrairement à un test d'évaluation de la dépression orienté exclusivement sur la présence de différents symptômes, la méthode du conte permet d'amasser de l'information beaucoup plus riche. Il est notamment très intéressant pour le clinicien de connaître les thèmes dépressifs à l'origine de la dépression. Cela lui permet de formuler plus facilement des objectifs thérapeutiques et lui fournit du matériel à travailler et à analyser avec son client. Le fait de demander sporadiquement au client d'inventer un nouveau conte pourra l'aider à évaluer la portée de ses interventions et les progrès réalisés. Il sera alors plus en mesure d'ajuster ses objectifs.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif de juger de la possibilité d'utiliser le conte en tant qu'outil d'évaluation de la dépression chez les personnes âgées. Elle était d'abord basée sur des résultats démontrant que l'interprétation des contes est pertinente dans le cadre de l'évaluation psychologique de la clientèle âgée; et ensuite sur la constatation à l'effet que la dépression gériatrique est peu traitée parce qu'il existe une lacune au niveau des instruments de mesure adaptés aux gens âgés. À cet effet, la contribution de la présente recherche est d'avoir démontré que l'interprétation de contes narrés par des participants âgés permet d'obtenir de l'information précieuse quant à leur état dépressif.

Les résultats obtenus encouragent la poursuite des recherches, si possible en corrigeant les faiblesses méthodologiques identifiées ici de façon à pouvoir réellement connaître l'apport du conte au niveau de l'évaluation de la dépression gériatrique.

Finalement, la démarche complétée ici a le mérite d'avoir confronté les renseignements ressortant de l'analyse des contes avec les résultats d'un test largement validé. Cette étape de confrontation n'avait pas eu lieu dans le cadre de la recherche de Lavallée (1999). Ainsi, la présente étude a permis de franchir un pas de plus en ce qui a trait à la validation de la méthode du conte auprès des personnes âgées.

Références

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.

Ames, D. (1991). Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 347-354.

Ben Rejeb, R. & Douky, S. (1992). Identifications à travers les contes en clinique infantile tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 40, 409-414.

Berger, A-K., Small, B. J., Forsell, Y., Winblad, B., & Bäckman, L. (1998). Preclinical symptoms of major depression in very old age : A prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1039-1043.

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1993). *Personnes âgées : Une approche globale* (Éd. revue et corrigée). Laval : Éditions études vivantes.

Bettelheim, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Paris : Robert Laffont.

Blazer, D. G. (1994). Epidemiology of late-life depression. Dans L. S. Schneider, C. F. Reynolds, B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Éds), *Diagnosis and treatment of depression in late life : Results of the NIH consensus development conference* (pp. 3-19). Washington, DC : American Psychiatric Press.

Blazer, D. G., Burchett, B., Service, C., & George, L. K. (1991). The association of age and depression among the elderly : An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology*, 46, M210-M215.

Blomart, J. & Hoornaert, S. (1999). Le conte utilisé comme outil projectif auprès d'enfants dits « caractériels ». *Psychologie et psychométrie*, 20, 39-60.

- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. *Revue canadienne du vieillissement*, 9, 348-355.
- Butler, R. N., Lewis, M. I., & Sunderland, T. (1998). *Aging and mental health*. Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Cappeliez, P. (1993). Depression in elderly persons : Prevalence, predictors, and psychological intervention. Dans P. Cappeliez, & R. J., Flynn (Éds), *Depression and the social environment* (pp. 332-368). Montréal : McGill-Queen's University Press.
- Cardebat, D., Démonet, J.-F., Puel, M., Nespoulous, J.-L., & Rascol, A. (1991). Langage et démences. Dans M. Habib, Y. Joannette, & M. Puel (Éds), *Démences et syndromes démentiels* (pp.153-163). St-Hyacinthe : Edisem.
- Caron, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin Éditeur.
- Cramer, P. (1996). *Storytelling, narrative, and the Thematic Apperception Test*. New York : Guilford Press.
- De Tychev, C. (1993a). Comparative genetic approach to the study of body image of children from 4 to 14 years of age using the fairy tale of the Ant. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 1179-1189.
- De Tychev, C. (1993b). Carences primaires, bon objet interne et dysharmonie d'évolution : Approche comparée à l'adolescence par le Test des contes. *Archives de psychologie*, 61, 49-65.
- Diatkine, R. (1998). Le dit et le non-dit dans les contes merveilleux. *Psychiatrie de l'enfant*, 41, 333-353.

- Dranov, P. (1998). Depression in the elderly. *Good Housekeeping*, 227, 199.
- Ferrey, G., & Le Gouès, G. (1997). *Psychopathologie du sujet âgé* (4^e éd.). Paris : Masson.
- Gosselin, M. (1990). *Le conte merveilleux, miroir et animateur de la vie psychique. Une recherche qualitative sur l'exploration par des adultes, du sens des contes merveilleux dans leur vie*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Gottlieb, G. L. (1994). Barriers to care for older adults with depression. Dans B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Éds), *Diagnosis and treatment of depression in late life : Results of the NIH consensus development conference* (pp. 377-396). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Hinrichsen, G. A. (1992). Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1575-1579.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., & Pieper, C. F. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression : An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from elderly community sample. *The Gerontologist*, 41, 357-365.
- Katz, I. R., Streim, J., Parmelee, P. (1994). Prevention of depression, recurrences, and complications in late life. *Preventive Medicine*, 23, 743-750.
- Karel, M. J. (1997). Aging and depression : Vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review*, 17, 847-879.
- Kennedy, G. J. (1996). The epidemiology of late-life depression. Dans G. J. Kennedy (Éd), *Suicide and depression in late life* (pp. 23-37). New York : John Wiley and sons.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.

- Knight, B. (1989). *Psychothérapie auprès des personnes âgées*. Ottawa : Les Éditions Saint-Yves.
- Koenig, H. G., & Kuchibhatla, M. (1998). Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 871-877.
- Lavallée, F. (1999). *Le conte utilisé en tant que moyen d'évaluation psychologique auprès d'une clientèle âgée : Une étude exploratoire*. Communication présentée au XVI-XVII International Congress of Rorschach and Projective Methods, Amsterdam, Pays-Bas.
- Lavallée, F., Simard, J., & Grenier, J. (2002). *Atelier de croissance personnelle basé sur un conte d'Andersen*. Communication présentée au Congrès international de gérontologie, Bruxelles, Belgique.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds III, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. F., Mossey, J., Niederehe, G., & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *Journal of American Medical Association*, 278, 1186-1190.
- Luborsky, M. R. (1993). The romance with personal meaning in gerontology : Cultural aspects of life themes. *The Gerontologist*, 33, 445-452.
- Morrison, J. (1997). *When psychological problems mark medical disorders*. New York : Guilford Press.
- Morval, M. V. G. (1982). *Le T.A.T. et les fonctions du moi. Propédeutique à l'usage du psychologue clinicien (2^e éd.)*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- O'Connor, D. L. (1998). Managing depression in the elderly. *Patient Care*, 32, 73-83.

- Parmelee, P. A., Lawton, M. P., & Katz, I. R. (1998). The structure of depression among elderly institution residents : Affective and somatic correlates of physical frailty. *Journal of Gerontology, 53A*, M155-M162.
- Pelletier, L.G. , & Vallerand, R. J. (1990). L'Échelle révisée de conscience de soi : Une traduction et une validation canadienne française du Revised Self-Consciousness Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement, 22*, 191-206.
- Pelsser, R. (1986). L'accès au symbolique : les contes et les jeux d'enfants. *L'Information psychiatrique, 62*, 581-592.
- Rabins, P. V. (1996). Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 4*, S79-S83.
- Raskind, M. A. (1992). Depression in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 4-6.
- Reifler, B. V. (1994). Depression : Diagnosis and comorbidity. Dans B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Éds), *Diagnosis and treatment of depression in late life : Results of the NIH consensus development conference* (pp. 55-59). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Reynolds, C. F. (1994). Overview : Diagnosis and Treatment of depression in late life. Dans B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Éds) *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life : Results of the NIH Consensus Development Conference* (pp. 3-8). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997a). Does growing old increase the risk for depression?. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1384-1390.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997b). Prevalence and correlates of depression in an aging cohort : The Alameda country study. *The Journal of Gerontology, 52B*, 5252-5258.

- Rodgers, K. (1995). Geriatric depression. *Drug Topics*, 139, 50.
- Roose, S. P., Glassman, A. H., & Seidman, S. N. (2001). Relationship between depression and other medical illnesses. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1687-1690.
- Royer, J. (1992). *Le test des contes. Exploration de l'affectivité de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Éditions EAP.
- Samson, M. (1985). *Les contes de fées ou les fantômes de la vie. L'utilisation des contes de fées et de la métaphore en thérapie*. Québec : Centre de services sociaux de Québec, Direction des services sociaux hospitaliers.
- Samuels, S. C., & Katz, I. B. (1995). Depression in the nursing home. *Psychiatric Annals*, 25, 419-424.
- Scorzelli, J. F. & Gold, J. (1999). The mutual storytelling writing game. *Journal of Mental Health Counseling*, 21, 113-123.
- Snowdon, J. (1990). The prevalence of depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 141-144.
- Stirtzinger, R. M. (1983). Story telling : A creative therapeutic technique. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 561-565.
- Turvey, C. L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, R. E., & Herzog, R. (1999). Conjugal lost and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or over. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1596-1601.
- Vézina, J., Landreville, P., Bizzini, L., & Soucy, P. (2000). Les dépressions. Dans P. Cappeliez, P. Landreville, & J. Vézina (Éds), *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp. 23-41). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

- Vézina, J., Landreville, P., Bourque, P., & Blanchard, L. (1991). Questionnaire de dépression de Beck : Étude psychométrique auprès d'une population âgée francophone. *Canadian Journal of Aging, 10*, 29-39.
- Weksler, M. E. (2000). Clinical update : How to recognize and treat depression in older patients. *Geriatrics, 55*, 67-79.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1998). *Mental Disorders in Older Adults*. New York : Guilford Press.

Appendice A

Questionnaire d'informations générales

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

Répondez à chacune des questions suivantes.

1. Sexe: Féminin
 Masculin

2. Âge : ____ ans

3. Instruction : 1 à 5 ans
 6 à 10 ans
 11 ans et plus

4. Revenu financier : Inférieur
 Moyen
 Supérieur

5. État civil : Marié(e)
 Veuf(ve)
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Célibataire
 Religieux(se)

6. Depuis combien de temps : _____

7. Combien avez-vous d'enfants? _____

8. Combien avez-vous de petits enfants? _____

9. Comment évalueriez-vous le contact que vous avez avec vos enfants?

10. Lieu de résidence : Maison privée
 Appartement
 Autre Spécifiez : _____

11. Compte tenu de votre âge, comment considérez-vous votre état de santé?

- Excellent
- Bon
- Faible
- Mauvais

Expliquez : _____

12. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un handicap physique?

- Oui Lequel? _____
 Non

13. Devez-vous prendre des médicaments régulièrement? Oui
 Non

14. Si oui, pouvez-vous identifier ces médicaments?

Nom du médicament	Raison de ce médicament
_____	_____
_____	_____
_____	_____

15. Depuis combien de temps êtes-vous à la retraite? _____

16. Avant votre retraite, quelle était votre occupation principale? _____

17. Maintenant que vous êtes à la retraite, comment occupez-vous votre temps? _____

18. Êtes-vous satisfait du déroulement de votre vie depuis que vous avez pris votre retraite?

Appendice B

Le conte

Appendice C

Document servant à noter la forme du conte

Appendice D

Observations sur l'attitude du participant

Appendice E
Formulaire de consentement

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le projet de recherche s'intitulant « *Relation entre le conte et les caractéristiques personnelles chez des répondants âgés* » est réalisé par Jocelyne Grenier et Joëlle Simard, étudiantes à la maîtrise en psychologie, sous la responsabilité de Françoise Lavallée et de Jacques Baillargeon, professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche vise à valider l'utilisation du conte en tant qu'outil d'évaluation de la clientèle âgée.

Pour participer à cette recherche, les individus doivent être retraités et âgés de 55 ans et plus. De plus, ils ne doivent pas présenter de déficit cognitif connu. La participation à cette recherche implique une seule rencontre d'environ une heure qui se déroulera au domicile des participants, selon leur disponibilité. Ceux-ci rencontreront seulement l'une ou l'autre des deux expérimentatrices. Au cours de l'entrevue, ils devront répondre à un questionnaire d'informations générales (âge, sexe, scolarité, statut socio-économique, etc.). Il leur sera aussi demandé d'inventer un conte qui sera noté intégralement par l'expérimentatrice. Par la suite, ils rempliront deux questionnaires d'auto-évaluation qui mesureront certaines caractéristiques personnelles.

La participation à cette recherche n'entraîne aucun risque physique ou social pour les participants. En fait, ils pourraient être amenés à une plus grande conscience et à une meilleure connaissance d'eux-mêmes.

Les participants doivent signaler tout inconfort lié à leur participation à cette recherche à l'expérimentatrice au moment de la rencontre ou en la contactant plus tard au Laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières au numéro de téléphone suivant : 819-376-5090. Ils recevront alors un support de la part de l'expérimentatrice et pourront avoir accès à des ressources additionnelles si cela est nécessaire.

Les informations recueillies lors des entrevues avec les participants seront utilisées uniquement par les gens impliqués dans ce projet de recherche et traitées de façon strictement confidentielle. Ainsi, au niveau des questionnaires, un code numérique sera utilisé à la place du nom du participant. De plus, les formulaires de consentement seront gardés dans un classeur sous clé et les rapports de recherche ne feront état que des résultats de l'ensemble de l'échantillon.

Chaque participant peut se retirer de la recherche en tout temps sans avoir à se justifier et sans subir de préjudice. Quoique cela soit peu probable, il est possible que les responsables doivent retirer certains des participants de la recherche s'ils ne répondent pas aux critères de l'échantillon.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche s'intitulant « *Relation entre le conte et les caractéristiques personnelles chez des répondants âgés* » et de bien comprendre 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 les responsables à utiliser les résultats de ma participation selon les informations fournies.

Signature du participant

ENGAGEMENT DES ÉTUDIANTES ET DES DIRECTEURS DE RECHERCHE

Nous, Jocelyne Grenier et Joëlle Simard, étudiantes à la maîtrise en psychologie, sous la supervision de Françoise Lavallée et de Jacques Baillargeon, professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, nous engageons à mener la présente recherche portant sur la validation de l'utilisation du conte en tant qu'outil d'évaluation chez la clientèle âgée selon les dispositions acceptées par le Comité permanent de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Nous nous engageons également à fournir aux participants tout le support permettant d'atténuer l'inconfort pouvant découler de la participation à cette recherche.

Jocelyne Grenier, étudiante
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Joëlle Simard, étudiante
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Françoise Lavallée
Directrice de recherche
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Jacques Baillargeon
Co-directeur de recherche
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice F

Grille d'analyse des contes pour la variable dépression

GRILLE D'ANALYSE DES CONTES
POUR LA VARIABLE DÉPRESSION
(À partir de Morval, 1982)

1) THÈME

Court résumé du récit qui donne l'idée principale qui s'en dégage.

Le thème est centré sur le héros.

Il est orienté vers le dénouement.

Parfois, il y a plusieurs thèmes.

1 Nostalgie du passé

2 Découragement

3 Désespoir

4 Maladie

5 Faiblesse

6 Dénouement

7 Abandon

8 Incapacité (ou difficulté importante)

9 Échec

10 Crime

11 Punition

12 Mortalité

13 Péchés

14 Malheur

15 Suicide

16 Exagération des thèmes de bonheur, d'amour ou de douceur qui sont prégnants **ou** exagération des thèmes de bonheur, d'amour et de douceur de pair avec un sentiment de tristesse de l'existence

Pour cocher un thème dans cette rubrique, il doit être présent dans le thème ressorti lors de l'analyse du conte selon la méthode habituelle de Morval (1982).

2) ANALYSE FORMELLE

2.1. Attitude du sujet

Degré de coopération

Tentative de se mettre en valeur

Hésitations

Anxiété (tics nerveux, gestes)

Dévalorise sa performance

Recherche l'aide et l'approbation de l'expérimentatrice

Temps de réaction

Silences

Noter les interventions de l'expérimentatrice

- 17 Sujet peu coopératif durant le test (ex. malaise, farces, dévie du sujet, rouspète)
- 18 Temps de réaction est long (temps de latence est de **249 secondes ou plus**)
- 19 Examineur doit poser des questions et/ou encourager le sujet (**2 interventions ou plus**)
- 20 Sujet répond par **des** monosyllabes et/ou **des** silences (ex. euh... ah... à **2** reprises ou plus **ou 2** silences ou plus pendant le conte, **ne pas tenir compte d'un silence avant le début du conte**)
- 21 Sujet émet des remarques critiques **sur le test** (ex. c'est bizarre, c'est drôle... **2 remarques ou plus**)
- 22 Sujet est **troublé** par le test ce qui se manifeste par **une** (ou plusieurs) exclamation ou interjection d'effroi, d'incapacité ou de désespoir
- 23 Sujet exprime directement ses sentiments (effroi, incapacité ou désespoir) par un geste ou des pleurs (**à une reprise ou plus**)
- 24 Sujet prend de la distance en utilisant **un** (ou plusieurs) cliché de la vie quotidienne (ex. une expression populaire)

2.2. Adaptation à la consigne

Histoire avec un passé, un présent et un futur

Le sujet les donne-t-il spontanément?

Les donne-t-il dans l'ordre?

Est-on obligé de les lui demander?

25 Histoire sans début

26 Histoire sans fin

27 Mauvaise perception du stimulus, de la consigne, ce qui démontre un blocage émotif (ex. **ne comprend pas ce qu'il faut faire, ne répond pas avec un conte inventé, raconte un épisode vécu**)

2.3. Récit (élaboration et structure du récit)

Cohérence
 Clarté
 Logique
 Absence d'une phase de l'histoire
 Lapsus
 Imagination
 Richesse en détails
 Style
 Vocabulaire
 Syntaxe
 Longueur des phrases
 Concision

- 28 Récit est court (**108 mots ou moins**)
- 29 Histoire incomplète (ex. change de sujet, **sujet ne termine pas la passation du test du conte**)
- 30 Histoire stéréotypée (ex. **le sujet raconte en partie ou en totalité un conte généralement connu ou un conte connu par sa famille ou lui seul**)
- 31 Emploi de **verbes passifs** (ex. attendre, rêver, écouter, douter, penser, se souvenir, se rappeler, s'ennuyer, supposer, perdre, savoir, ça provoque...**2 différents ou plus**)
- 32 Récit mal structuré (ex. pas de début, milieu (absence de péripétie) ou fin, incohérent, vague, passe de thème en thème ou de personnage en personnage, beaucoup de répétitions)
- 33 Émotion ou état d'âme (du héros ou d'un personnage) décrit avec insistance (**répétition** de l'émotion ou de l'état d'âme, **1 répétition ou plus** du même mot ou de la même émotion dans des mots différents)
- 34 Émotion est exagérée (augmentation de l'intensité d'une même émotion, crescendo de l'émotion, caractère dramatique ou qualificatif important, ex. grosse peine)
- 35 Sujet prend de la distance en bâtissant son histoire à l'aide du style bêtisse-punition **et** en ayant recours à une fin heureuse (ex. vécut heureux et eurent beaucoup d'enfants)

3) LE HÉROS ET SES ATTRIBUTS

Le héros est le personnage principal du récit

Celui en fonction de qui le problème est posé et autour de qui s'articule les événements

Noter les termes employés par le sujet

Le plus souvent, le héros est de même sexe et de même condition que le sujet

Quand ce n'est pas le cas, le héros peut être le 1^{er} nommé, celui sur qui s'attarde le narrateur pour décrire ses actes et sentiments ou celui à qui s'applique le dénouement

Parfois 2 héros peuvent représenter 2 tendances opposées chez le sujet

Les attributs sont les conditions favorables et défavorables du héros au moment où se pose le problème et à la fin

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>36 <input type="checkbox"/> Triste ou malheureux
(ex. le héros pleure)</p> <p>37 <input type="checkbox"/> Découragé</p> <p>38 <input type="checkbox"/> Inerte ou passif</p> <p>39 <input type="checkbox"/> Irritable</p> <p>40 <input type="checkbox"/> Dépendant</p> | } | Écrit tel quel ou décrit |
| <p>41 <input type="checkbox"/> Héros qui pose des gestes autodestructeurs (ex. se mordre, se frapper)</p> <p>42 <input type="checkbox"/> Image du corps négative (ex. laid, handicapé)</p> <p>43 <input type="checkbox"/> Autodépréciation (ex. pas bon...)</p> <p>44 <input type="checkbox"/> Rage contre soi (ex. je me hais, me déteste)</p> <p>45 <input type="checkbox"/> Sentiment d'absence de valeur (ex. bon à rien, vaut rien)</p> <p>46 <input type="checkbox"/> Alternance de succès et d'échecs, de bonheurs et de malheurs pour le héros (serie de 3 ex. bonheur-malheur-bonheur ou l'inverse)</p> | | |

4) LES BESOINS

Ce qui motive les actions du héros

Ils ne sont pas toujours clairement exprimés

Parfois, ils sont précédés de verbes (désirer, vouloir)

Le plus souvent, il faut les inférer à partir d'actes et de conduites qui tendent vers un but précis. Ce sont des comportements motivés, les plus conscients correspondant aux besoins avoués du sujet.

Les besoins inconscients peuvent se révéler par des événements organisés dans une même direction, parfois opposée à celle du héros.

Certains besoins peuvent être déduits des éléments ajoutés ou oubliés ou des émotions exprimées dans l'histoire,

Noter les besoins sous forme de verbe.

Noter à qui ou à quoi se rapportent les besoins.

Il peut y avoir plusieurs besoins qui peuvent entrer en conflit ou se subordonner les uns aux autres.

Il faut déterminer la hiérarchie de besoins.

Un besoin manifeste peut en cacher un plus inconscient qui est le moteur de la conduite.

- 47 Besoin oral (faim, soif, fumer, sucer, manger, **1 référence** à un besoin de nourriture ou à un besoin oral qui a été relevé dans l'analyse des besoins selon Morval)
- 48 Héros qui recherche une preuve d'affection **ou** d'attention (ex. conduites pour avoir de l'affection, faire quelque chose pour faire plaisir à quelqu'un)
- 49 Besoin de bonheur et/ou d'amour s'exprime par une interprétation symbolique sur le bonheur ou le malheur (ex. discours sur le bonheur, ce qui arrive quand on a été gentil) **ou** par la projection d'un fantasme lié à ce besoin (histoire flyée sur le bonheur)
- 50 Besoin de sécurité
- 51 Besoin de réalisation de soi
- 52 Besoin de secours
- 53 Besoin de fuir ou de soulager l'anxiété (ou la peur), la dépression ou l'impuissance
- 54 Besoins conflictuels (autonomie-affection, amour-peur de l'amour)

5) LES CONDUITES DU HÉROS

Réfèrent aux moyens mis en œuvre pour satisfaire les besoins.

5.1. Niveau évolutif

Conduites instinctives

Conduites qui ne nécessitent pas d'apprentissage social ou qui n'en tiennent pas compte.

Conduites d'apprentissage social

Toutes les autres conduites

Ne s'applique pas.

5.2. Niveau de performance

Considère l'organisation et l'efficacité des conduites dans la poursuite du but.

A) *Conduites affectives*

Réactions immédiates associées aux émotions et aux sentiments suscités par un événement.

Euphoriques ou dysphoriques (anxiété/culpabilité)

B) *Conduites suspensives*

Impliquent un arrêt du comportement et une attente de ce qui peut arriver.

Ne porte ni sur une action, ni sur la préparation d'une action.

(Attendre, écouter, douter, soupçonner, rêver, penser, mais pas à une action)

C) *Conduites préparatoires*

Conduites directement orientées vers la réalisation d'un besoin.

Intransitives : réflexion sur les moyens à employer

Transitives : mise en œuvre des moyens

N'impliquent pas la satisfaction du besoin.

D) *Conduites consommatives*

Celles qui réalisent la satisfaction du besoin.

Souvent données dans le dénouement.

E) *Conduites fictives*

Quand la satisfaction du besoin n'est pas possible, le héros peut la réaliser en pensée ou de façon magique dans le rêve ou le délire.

Il s'agit d'une action imaginaire.

55 Prédominance des conduites suspensives **et/ou** affectives dysphoriques

56 Peu ou pas de conduites préparatoires (**2 ou moins**)

57 Aucune conduite consummative

58 Conduite consummative arrive presque par miracle (ex. pas de conduite préparatoire qui amène la réalisation du besoin, ou le besoin se réalise **exclusivement** grâce à l'intervention d'autrui ou grâce à l'utilisation de la magie)

59 Conduite fictive (ex. rêve de bonheur, d'amour, de calme, de paix)

5.3. Le style

- A) *Initiative-passivité*
 - B) *Impulsivité-contrôle*
 - C) *Force-faiblesse*
 - D) *Coordination-incoordination*
 - E) *Tenacité-labilité*
 - F) *Plasticité-rigidité*
-

60 Passivité ou inertie

61 Le héros attend que la solution vienne d'autrui

6) ENTOURAGE

Contexte physique et social dans lequel évolue le héros.
Noter les caractéristiques et le rôle qu'il joue dans l'histoire.

6.1. Contexte physique

Événements particuliers

Objet spécifique dont la présence ou le manque constitue un obstacle ou favorise l'action du héros

6.2. Contexte social

Personnage(s) qui entoure(nt) le héros

Noter qui sont ces personnages

Noter comment ils sont décrits

Noter les relations qu'établit le héros avec eux

Noter le rôle qu'ils jouent dans son action

- 62 Manque de communication ou de relation entre les personnages de l'histoire
- 63 Figure d'autorité décrite comme étant punitive
- 64 Figure d'autorité décrite comme ne permettant pas la réalisation des désirs
- 65 Héros se sent rejeté par autrui (ex. se sent abandonné, rejeté, pas aimé)
- 66 Héros se sent blâmé par autrui (ex. se sent coupable)
- 67 Héros se sent méprisé par autrui (ex. haïs, détesté, ignoré)
- 68 Entourage n'est envisagé que du seul point de vue du héros, n'est décrit qu'en lien avec la signification que celui-ci a pour lui (ex. entourage est un moyen pour le héros, entourage n'est là que pour combler un but personnel du héros)
- 69 Objet d'amour a un **rôle** à la fois frustrant et gratifiant
- 70 Liens hétérosexuels conçus comme étant négatifs ou fortement idéalisés

7) DÉNOUEMENT

Façon dont le récit se termine.

L'issue donnée au comportement du héros.

Démontre dans quelle mesure les besoins sont satisfaits.

A) *Dénouement favorable*

Les besoins sont réalisés de façon satisfaisante, même s'il y a eu des obstacles en chemin.

B) *Dénouement défavorable*

Pas de satisfaction du ou des besoins, au contraire, il y a punition, rejet ou inhibition.

C) *Compromis*

Lorsque 2 ou plusieurs besoins s'affrontent, il se peut que l'un deux l'emporte.

D) *Dénouement ambivalent*

À la fois succès et échec. Aucun des besoins n'est pleinement satisfait.

E) *Dénouement indécis*

Le sujet n'indique pas clairement quelle sera l'issue. Il se peut que... peut-être...

F) *Issues contradictoires*

Le sujet ne peut arriver à se décider pour un dénouement, il en présente 2 ou plus successivement.

G) *Absence de dénouement*

Le sujet évite systématiquement de parler du futur, de ce qui va arriver.

71 Dénouement imprécis ou inexistant

72 Dénouement sombre **et** lugubre

73 Issue heureuse qui apparaît de façon magique pour fuir une situation trop anxiogène (ex. **issue magique** ou **contraire à ce qui est annoncé ou attendu**)

8) COMMENTAIRES

Noter les réflexions suggérées par l'histoire

Noter les questions que l'on se pose

Noter les significations possibles du récit

Noter les rapprochements avec l'anamnèse

Ne s'applique pas.

COMPILATION DE LA GRILLE D'ANALYSE

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	

38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	

Total: