

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTÉ A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARTINE ROUSSEAU

IMPACT DE L'UTILISATION DU MAGNETOPHONE,

GRACE A L'AIDE D'UN BENEVOLE,

SUR LE NIVEAU DE DEPRESSION

DE LA PERSONNE AGEE

MARS 1987

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.

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Sommaire	v
Introduction	1
Chapitre premier - Revue de la littérature	4
A) La dépression et l'âgé	5
Définition de la dépression	5
La dépression chez l'âgé	10
Traitements de la dépression	15
Diverses théories du vieillissement	22
B) La communication et l'âgé	26
La communication chez l'âgé: importance et difficultés ..	26
Rôle du bénévolat chez l'âgé	34
Importance de la musique	37
Rôle du magnétophone	41
Hypothèse	43
Chapitre II - Description de l'expérience	46
Circonstances entourant la création de ce projet	47
Choix des sujets	49
Choix des bénévoles	52
Appareillage utilisé	55
Choix du matériel auditif	56
Déroulement de l'expérience	57
Mesures utilisées	61

Chapitre III - Analyse des résultats et discussion	69
Analyse des résultats	70
Discussion	76
Conclusion	83
Appendice A - Feuille-repère pour magnétophone	86
Appendice B - Liste de cassettes empruntées à la Bibliothèque Municipale de Trois-Rivières	88
Appendice C - Banque de cassettes autres que celles énumérées à l'appendice B	90
Appendice D - Feuille-résumé des trois étapes du projet, remise aux bénévoles	94
Appendice E - Fiche d'observation du bénévole	98
Appendice F - Questionnaire de la fin	100
Appendice G - Questionnaire de renseignements généraux	102
Appendice H - Adaptation française du «Beck Depression Inventory»	105
Appendice I - Données brutes au test de Beck	109
Remerciements	111
Références	112

Liste des tableaux

1	Comparaison du groupe expérimental et du groupe contrôle pour l'ensemble du pré-test au Beck et pour les trois composantes spécifiques de dépression	73
2	Comparaison des changements observés dans les groupes expérimental et contrôle pour l'ensemble de l'expérimentation du Beck et pour les trois composantes spécifiques de dépression ..	75

Sommaire

Le but de cette étude est de connaître l'influence d'un traitement alliant l'usage d'un magnétophone et l'assistance d'un bénévole, sur le niveau de dépression de la personne âgée.

L'échantillon se compose de 58 personnes âgées. Vingt-huit personnes font partie du groupe expérimental et trente appartiennent au groupe contrôle. Le traitement, échelonné sur dix semaines, comporte trois étapes principales: l'établissement du climat de confiance, l'apprivoisement du magnétophone et la communication avec une personne chère. L'objectif premier est d'apprendre à se servir du magnétophone de façon autonome, de manière à augmenter la capacité de communiquer.

Les conditions expérimentales comprennent, outre le pré-test, le traitement expérimental et un post-test. Une adaptation française du test de Beck sert de mesure afin de déceler l'intensité de la dépression.

Les résultats laissent voir un effet non significatif en ce qui a trait au niveau de dépression global. Toutefois le traitement semble avoir eu un effet positif sur une des composantes principales de la dépression, soit les «difficultés physiologiques ou somatiques».

Introduction

Les nouveaux théoriciens de la communication ont lancé un message important et inédit en ce vingtième siècle: on ne peut pas ne pas communiquer. Chacun, par ses gestes, son regard, ses mots, son absence, etc., communique quelque chose à son environnement. Cette communication, si importante tout au long de la vie pour des transactions réussies, n'est pas moins importante pour l'âgé. Toutefois chez ce dernier, plusieurs facteurs peuvent l'entraver, notamment des changements culturels, physiologiques et environnementaux. Ces phénomènes donnent alors lieu à des mécanismes défensifs tels l'isolement, le retrait et la dépression.

L'étude exploratoire qui suit a pour objectif général de créer un loisir capable de stimuler et d'augmenter la capacité de communication des personnes âgées isolées.

D'une manière opérationnelle, l'objectif consiste à vérifier l'effet de l'utilisation du magnétophone avec l'aide d'un bénévole, sur le résultat obtenu à un test mesurant l'intensité de la dépression.

La revue des différentes sources de recherches disponibles ne nous a pas permis de trouver une recherche faisant usage du magnétophone comme outil technologique de traitement. L'étude d'une telle interaction de variables demeure donc inexplorée et stimulante. La seule recherche qui se rapproche de notre champ d'intérêt semble celle de Neuman (1981)

qui discute d'un traitement autonome de la dépression par un programme d'écoute de cassettes audio chez des personnes dépressives en institution.

Afin de mesurer l'intensité de dépression, un questionnaire est administré avant et après l'expérience. Suite à une période d'expérimentation d'une durée de dix semaines, il est postulé qu'il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée, conséquente à l'utilisation du magnétophone, grâce à l'assistance d'une personne bénévole.

Les pages suivantes présentent dans un premier chapitre les données théoriques et expérimentales reliées à la dépression et à la communication chez l'âgé. Suivra une présentation de l'hypothèse de cette étude. Le deuxième chapitre est consacré à la description de l'expérience. Les parties suivantes y sont approfondies: circonstances entourant la création de ce projet, choix des sujets, choix des bénévoles, appareillage utilisé, choix du matériel auditif, déroulement de l'expérience, mesures utilisées. Finalement, le troisième chapitre porte sur l'analyse des résultats, la discussion, de même que sur les limites de cette recherche.

Chapitre premier

Revue de la littérature

A) La dépression et l'âgé

L'équilibre affectif et le besoin de communiquer sont deux aspects du développement particulièrement touchés avec l'avance en âge. Ainsi la dépression se présente sous diverses formes et intensités. Nous allons donc examiner d'abord ce problème de la dépression. Comment se concrétise-t-elle chez l'âgé? Quels sont les moyens d'y remédier?

De même, la réclusion et la solitude inhérentes à l'âge, affectent nécessairement la communication. On peut se demander quelle est l'importance de la communication chez l'âgé? Le premier chapitre voudrait donc faire état de la question sur ces deux aspects, avant d'énoncer l'hypothèse les concernant.

Définitions de la dépression

Le problème de la dépression, quoique fréquent, semble difficile à définir. Chacun semble donner sa définition, ce qui soulève des problèmes d'utilisation du terme dépression. Salamy (1965) parle de la dépression comme un état morbide, variable, caractérisé par une diminution du tonus et de l'énergie, et amenant lassitude, anxiété et découragement.

Plusieurs théories psychologiques tant b^ehaviorales que cognitives ont tenté de définir la dépression, chaque modèle mettant en relief une caractéristique primaire, de laquelle les autres découlent. Pour Lewinson (1974), la caractéristique primaire est un déficit behavioral et la cause réside en un manque de réponse positive contingente, les autres caractéristiques de la dépression étant secondaires à cela.

Bélanger et Page (1986) résument les facteurs socio-culturels impliqués au sein de la théorie de Lewinson. Ainsi il appert que l'individu déprimé ne possède pas les caractéristiques personnelles et les habiletés sociales attirant l'attention d'autrui. De plus, il est supposé que l'individu vivant dans un état dépressif est psychologiquement coupé des renforcements positifs que l'environnement pourrait lui fournir. Enfin, le déprimé ne retire que très peu de joie des différents événements de sa vie qui, en d'autres circonstances, l'auraient gratifié.

Beck (1967, 1974) dont l'approche semble la plus complète à l'heure actuelle, mentionne pour sa part que la dépression résulte d'une dysfonction cognitive qui incite l'individu à se voir négativement de même qu'à porter un regard négatif sur le monde et le futur. Beck fait mention de nouveaux indices pour détecter le problème, tels une altération spécifique de l'humeur entraînant des sentiments comme la tristesse, la solitude et l'apathie, une image de soi négative associée au mépris de soi et à la condamnation de soi. Il parle aussi de désirs de régression et d'auto-punition, de changements végétatifs tels l'anorexie, l'insomnie ou une perte de libido, de même

que du changement du niveau d'activité causant de l'agitation ou un ralentissement. Chez cet auteur, les symptômes sont décrits sous quatre modalités, c'est-à-dire l'émotionnel, le cognitif, le motivationnel et le physique.

L'aspect émotionnel traduit les changements de comportement imputables aux modifications de la sphère émotive. Il y a apparition d'un état de découragement où l'individu se décrit comme misérable, triste, seul, sans espoir de changement, ... Il y a baisse graduelle des gratifications avec le temps et à la limite la dépression atteint même les activités reliées à des besoins physiologiques ou pulsionnels de base tels la nourriture et la sexualité. Quant aux expériences psychosociales de base telles être aimé, discuter, avoir de l'intérêt pour certaines activités et de l'attachement émotionnel pour certaines personnes significatives, elles perdent leur propriété plaisante pour le malade. Ce dernier pleure souvent beaucoup et perd son sens de l'humour.

L'aspect cognitif comprend une faible estime de soi dans des domaines centraux tels la performance, l'intelligence, les habiletés, etc. En un mot, le déprimé a le sentiment d'être inutile et ses attentes sont négatives à l'égard de l'avenir. Il se critique pour ses faiblesses, son pouvoir de décision s'affaiblit, de même que l'image qu'il a de son corps.

L'aspect motivationnel concerne une forme de paralysie de la volonté, allant même jusqu'à un manque d'énergie pour manger, excréter,...

En fait, le sujet n'expérimente plus aucun stimulus interne qui le pousserait à agir et, par conséquent, il se livre à des comportements d'évitement, d'échappement. A la limite, l'idée de suicide peut poindre, expérimentée de façon passive ou active. On note aussi une dépendance accrue du dépressif face aux intervenants.

Le dernier aspect décrit par Beck, soit l'aspect physique, comprend des phénomènes tels la perte d'appétit ou la boulimie, la difficulté à conserver l'équilibre au plan du sommeil, la perte d'intérêt sexuel et la sensation de fatigue. Des illusions peuvent aussi intervenir, devenant à l'extrême des hallucinations. Citons par exemple le fait de penser qu'on sera puni pour un crime imaginaire, des illusions de vide et de pauvreté, de l'hypocondrie, ...

Pour Seligman (1975), l'individu déprimé a appris à devenir impuissant. Chaque effort accompli pour améliorer sa vie, s'est transformé en conséquences négatives et l'individu en vient à se dire qu'il ne vaut plus la peine d'essayer. Il précise aussi que l'individu prend conscience qu'il n'existe plus les mêmes liens qu'auparavant entre ses réponses ou ses comportements et les conséquences que ceux-ci ont sur l'environnement; ce qu'il a appelé la «résignation acquise». Par exemple, pensons à l'individu qui, malheureux, lance un appel au secours en pleurant afin qu'on l'écoute et le console, et à qui le milieu répond en le laissant tranquille pour qu'il se calme ou en l'envoyant chez le médecin.

Dans leur récente formulation de la résignation acquise, Abramson, Seligman et Teasdale (1978) stipulent que certaines attributions émises par le client peuvent conduire à dissocier les réponses du sujet de leurs conséquences. Conséquemment la dépression est considérée comme une combinaison spécifique des croyances qui originent du sujet et des réactions du milieu environnemental.

Gellman (1976) apporte un éclairage nouveau en disant qu'à partir du moment où quelqu'un subit une perte importante, il est plus vulnérable à la dépression. Par perte importante, on entend par exemple celle d'un être cher, d'un travail, ou encore l'affaiblissement de l'estime de soi.

Le modèle de contrôle de soi de Rehm (1977) précise que la dépression correspond à des déficits au plan de l'autonomie, de l'évaluation de soi et de l'auto-renforcement.

Dans une étude plus récente élaborée par Craighead (1980) sur les différents modèles explicatifs de la dépression, une prudente suggestion est proposée à savoir que la dépression doit être considérée comme un phénomène polydimensionnel dont chaque dimension peut avoir sa propre cause et son propre pattern étiologique, mais dont les interactions demeurent multiples.

Landoni et Ciompi (1971) dans une étude statistique sur l'âge de prédiction des troubles dépressifs, indiquent que quoique la dépression puisse surgir à tout âge, elle est particulièrement fréquente dans la

deuxième moitié de la vie. Ce qui nous entraîne à discuter de la dépression chez l'âgé.

La dépression chez l'âgé

Même si l'incidence des dépressions n'est guère plus élevée dans les couches plus âgées de la population que chez les plus jeunes (Blazer, 1982), la dépression au dire de Zarit (1980), constitue le problème de santé mentale le plus aigu de l'âge avancé, mis à part les pathologies organiques cérébrales.

Demeurant au plan statistique, de récentes études concernant la dépression cliniquement significative, suggèrent un taux de 10% chez la communauté des âgés (Blazer et Williams, 1980; Frerichs et al., 1981); ce qui n'est guère à négliger... Toutefois les études sur la dépression de l'âgé s'avèrent rares selon Duplantie et Hébert (1981); la principale raison réside en l'absence de méthodologie véritable capable, en matière de dépression, de comparer les données, d'établir la relation entre différents groupes d'âges et de déceler la fréquence spécifique à chaque âge. En ce qui concerne les personnes âgées, il semble que les recherches sur la dépression soient souvent biaisées, en ce sens que le diagnostic prône souvent en faveur de la dépression organique. Il importe donc de préciser le phénomène de la dépression chez l'âgé.

Dans la même veine que Craighead (1980), cité précédemment, Duplantie et Hébert (1981) proposent d'envisager la dépression chez

les personnes vieillissantes de manière multidimensionnelle, ce qui inclut les aspects biochimique, physiologique, socio-psychologique, génétique et culturel.

Concernant les aspects biochimiques et physiologiques, Duplantie et Hébert (1981) discutent des changements de la biochimie de l'organisme comme pouvant s'avérer des prédispositions à la dépression. Ainsi on constate un hypofonctionnement de la thyroïde et une diminution de la réponse de l'hypophyse à un facteur de relâche laissant entrevoir une limitation à répondre rapidement au stress. On note aussi une augmentation du taux de monoamine-oxydase, ce mécanisme entraînant des altérations dans la synthèse, l'emmagasinage, le relâchement et l'utilisation des neuro-transmetteurs chimiques, l'activité enzymatique et le mécanisme d'action des gonades. De plus l'hormone de croissance semble en déficience au cours du processus de vieillissement et l'on remarque une hypersécrétion de cortisol et d'A.C.T.H. causant par là des troubles de fonctionnement du système limbique, système relié à l'émotionnel.

Bélanger et Page (1986) ajoutent que des études indiquent qu'il y a présence d'un trouble dans la distribution du sodium et du potassium de l'intérieur à l'extérieur de la membrane de la cellule nerveuse dans les cas de dépression. Toutefois on ne sait pas s'il s'agit d'un facteur causal ou d'une conséquence de la dépression. En résumé, tous les changements biochimiques et les altérations corporelles fonctionnelles imposent un haut niveau de stress physique à l'âge et une demande continue

d'adaptation. Cette demande arrivant à un moment où les capacités sont limitées, la dépression peut survenir en réponse à l'impossibilité de franchir ces obstacles.

Le plan socio-psychologique, pour sa part, fournit plusieurs théories explicatives du problème qui nous préoccupe, mais aussi suscite beaucoup de controverses.

Selon bien des psychologues, la phase oedipienne serait cruciale pour la santé mentale future. En fait, toutes les personnes âgées subissant un déclin au plan physiologique, des pertes objectales ou une perte de statut social, ne manifestent pas toujours des signes de dépression et, selon leur type de personnalité, sont plus ou moins portées à la somatisation et à l'hypocondrie.

Mendelson (1960) et Blatt (1974) tels que cités dans Elkowitz et Virginia (1980) parlent de la dépression comme d'une réaction de défense pathogène au sens de la perte d'un objet, ce dernier aspect étant toujours associé à la dépression chez l'âgé. Ces pertes se présentent sous plusieurs formes; par exemple pertes de santé, d'amis, de travail, de statut social, de conjoint. A ce titre, Duplantie et Hébert (1981) stipulent que la retraite, si non préparée et trop brusque, favorise la dépression. En effet, la retraite demeure la transition de rôles et de statuts du cycle de la vie la moins préparée et recevant le moins de support social. Ces mêmes auteurs supposent que, contrairement à ce qui se passe chez le jeune, le cycle de la perte et de la restauration est rompu; les personnes

âgées, pour plusieurs raisons, ne trouvant plus de substituts. Constantement confronté à la perte sans restauration, l'âgé cumule souvent de l'agressivité qui, si elle se retourne contre lui, peut susciter une diminution de l'image et de l'estime de soi et des réactions dépressives.

Toujours chez ces mêmes auteurs, la solitude et l'isolement sont considérés comme des facteurs prédisposant la personne âgée à la dépression. Le concept de solitude est expliqué par des modalités tels la perte des relations de travail, la perte d'un être cher, la perte du conjoint, la perte d'amis, la perte des capacités physiques empêchant de garder contact avec le cercle d'amis, une personnalité peu sociable, ... Jacoby (1981) remarque aussi que les liens entre la famille et les amis sont diminués par la distance géographique, ce qui augmente l'isolation. Dulude (1978) soutient que, même si théoriquement vieillir n'est pas synonyme de solitude ou d'isolement social, 30 à 60% des retraités vivent isolés et sans «aide mutuelle» des gens de leur âge qui sont plus à l'aise et en meilleure santé.

Duplantie et Hébert (1981), portes-parole de Lula Williams, décrivent et résument avec perspicacité l'origine et la progression de la solitude. Il appert que l'homme a besoin de maîtriser toute séparation se produisant dans sa vie. Ce besoin se traduit par une tension. Si l'homme ne peut maîtriser cette séparation, la tension s'installe et augmente apportant dans son sillage de l'anxiété qui à son tour, accentue la solitude. Cet état va se muer en problème et douleur psychique entraînant

la mise sur pied de mécanismes de défense tels l'alcoolisme, la somatisation, la dépression ... ou pire encore.

Murphy (1982) pour sa part se demande si le modèle des origines sociales de la dépression chez le jeune élaboré par Brown (1979), est applicable à l'âgé. Ses études lui ont permis de constater que pour la personne âgée comme pour le jeune, certains facteurs sociaux sont importants et prédisposent à la dépression: la perte de la mère avant onze ans, la présence à la maison de trois ou quatre enfants de moins de quatorze ans, l'absence d'une relation intime (avec son conjoint ou un ami) et le manque d'emploi.

Enfin, Martin et Kiely (1984) concluent que les besoins des personnes âgées se situent sur un continuum allant de l'aide purement matérielle à une aide psychologique. Parmi ces besoins, la fuite de la solitude et de l'isolement social semble prédominer chez l'âgé, indépendamment du lieu de leur domicile, qu'il soit à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions.

Au plan génétique, plusieurs manuels de psychiatrie soulignent que chez certains types de personnalité, on retrouve une plus grande incidence de dépression. Par exemple le caractère oral-dépendant ou le type narcissique, tolèrent moins les séparations. Les personnes de type obsesif s'avèrent aussi plus sujettes au désordre dépressif.

Cependant Jacoby (1981) relativise cette théorie de prédisposition génétique en rappelant le manque d'évidence à ce sujet.

Au plan culturel, il semble que le statut qu'on accordait autrefois au «vieux sage» a perdu de sa vigueur! Golstein (1979) soutient à ce propos que la société n'aime pas et ne respecte pas les âgés. Plusieurs auteurs soutiennent que le groupe des âgés est marginalisé et isolé artificiellement, ce qui génère un rôle de dépendance et la confirmation des sentiments d'échec et d'infériorité.

L'ère de l'industrialisation, telle que mentionnée par Duplantie et Hébert (1981) n'est guère à négliger, puisqu'à notre époque l'être humain est un producteur, donc susceptible de perdre un jour sa capacité productive et bien souvent l'estime de soi qui y était rattaché. En Afrique, la dépression semble rare, alors qu'au Japon elle commence à faire ses ravages en même temps que l'industrialisation et les problèmes familiaux.

Traitements de la dépression

Plusieurs genres de traitements sont discutés dans la littérature. Il y a d'abord les méthodes thérapeutiques organiques comprenant le traitement par électrochocs, la leucotomie, l'hospitalisation et la pharmacothérapie.

Avant d'entreprendre la description de ces divers genres de traitements, il est intéressant d'identifier les stratégies d'adaptation

auxquelles les personnes âgées recourent spontanément pour lutter contre les sentiments dépressifs. Selon des recherches menées par Rippere (1977, 1979), il existe une forme de consensus dans la population en général sur ce qu'il y a à faire pour contrer la dépression. Ainsi la plupart des gens favorisent l'activité, particulièrement dans des occupations plaisantes, recherchent le contact social et l'aide, et évitent la solitude, la passivité et la simple ventilation des émotions. En 1984, Beckham et Adams proposent un instrument, le «Coping Strategies Scales» (COSTS), qui sert à mesurer systématiquement dix grandes stratégies de réponses face à la dépression. Selon eux, les adultes déprimés privilégièrent une démarche active et concertée de résolution de la situation problématique (v.g. prendre des dispositions pour venir à bout de leurs problèmes ou essayer de résoudre leurs problèmes avec des tactiques utilisées dans la résolution de problèmes passés).

Peu d'études se sont penchées sur cette question, spécifiquement chez la population du troisième âge. Celle de Vézina et Bourque (1985) avance que, comparées aux âgés non déprimés, les personnes âgées déprimées adoptent une attitude plus passive devant les sentiments dépressifs, trouvant qu'elles n'obtiennent que de faibles résultats quand elles tentent quelque chose. Les démarches actives et le contact social viennent en tête de liste quant aux stratégies à utiliser pour lutter contre la dépression.

Récemment, Cappaliez et Blanchet (1986) ont démontré que les stratégies d'adaptation positives favorites chez les âgés sont la

résolution de problèmes telle que mentionnée précédemment, l'activité générale (v.g. faire quelque chose de plaisant et de non relié au problème ...) et la restructuration cognitive (v.g. essayer de penser aux bonnes choses de leur vie et dire que leurs problèmes sont insignifiants comparés à ceux des autres). Les stratégies considérées comme les plus négatives sont l'expression des émotions, le blâme, la rétention des émotions et la passivité. Notons que ce qui différencie les âgés déprimés des non déprimés se situe au niveau de l'activité générale, en ce sens que cette stratégie est perçue comme plus efficace par les sujets non déprimés. Ces mêmes auteurs, comme Vézina et Bourque (1985), soulignent la fréquence relativement élevée de recours à la consommation d'alcool et de médicaments, afin de faire face aux sentiments dépressifs.

Smith, Seidl et Clubb (1966); Epstein (1978), concernant l'aspect pharmaco-thérapeutique, soulignent que d'autres moyens semblent préférables à la médication antidépressive chez l'âgé, car entre autres on remarque souvent, chez ce dernier, des problèmes médicaux concomitants et la prise d'autres médications inhibant l'effet des anti-dépresseurs.

Quant aux méthodes dites «sociales», elles ne s'intéressent pas tant à la personnalité latente du déprimé qu'à sa relation à autrui. Cette forme de traitement se retrouve dans une multitude de modalités dont les plus fréquentes s'avèrent l'aide financière, l'amélioration des conditions de logement, l'aide familiale, l'intégration de l'individu à une oeuvre sociale, ... Ici, en conclusion, on s'intéresse à la modification

du contexte social, de façon à alléger les pressions que le dépressif ou sa famille supporte.

Les méthodes dites psychologiques comprennent le counseling et la psychothérapie. Redick et Taube (1980) soulignent que les âgés sous-utilisent les services de ce type. Ceci semble attribuable au fait que pour les âgés rechercher de l'aide au plan de la santé mentale signifie être atteint d'une pathologie sévère et que l'hospitalisation n'est guère loin (Butler et Lewis, 1982). Toujours selon ces auteurs, les personnes âgées ne semblent pas les seules porteuses de mythes, puisque pendant plusieurs années, il fut communément admis que les âgés étaient de pauvres candidats à la psychothérapie.

Depuis ce temps certaines recherches furent faites, discutant des effets positifs possibles de la psychothérapie chez l'âgé (Brink, 1979; Knight, 1978-79; Levy, Derogatis, Gallagher et Gatz, 1980). Richards et Thorpe (1978) passent en revue les recherches à base d'interventions behaviorales faites avec des échantillons institutionnels, et ayant touché avec succès diverses cibles comportementales. Par exemple, Gallagher (1981) complète une des premières études contrôlées utilisant une approche behaviorale avec des âgés. Ces derniers bénéficient soit d'une psychothérapie de groupe de support ou behaviorale. Dans les deux groupes, la dépression des âgés fut substantiellement réduite et les gains furent maintenus à plus long terme.

Plus récemment Waller et Griffin (1984) entreprennent une étude longitudinale dont le but à long terme est de prévenir la dépression chez les âgés qui vivent des crises nécessitant l'hospitalisation ou conduisant au suicide. Les résultats positifs donnent à penser qu'il est possible d'initier chez l'âgé des changements dans les patterns comportementaux et de développer la capacité communicative, l'indépendance, la force du Moi, de même qu'une plus grande capacité d'adaptation.

Thompson et Gallagher (1984) stipulent que des données convaincantes témoignent de l'efficacité de diverses méthodes de psychothérapie à court terme, dans le traitement de la dépression clinique chez l'âgé. Ils espèrent ainsi atténuer tout le pessimisme qui prévaut quant à l'habileté de changer et de croître chez l'âgé.

Si la littérature abonde quant au traitement de la dépression, elle ne révèle toutefois aucune psychothérapie spécifique pour les aînés. Il semble y avoir ce que Blazer (1982) appelle un «manque de service». En effet 4% des patients traités par les psychiâtres ont 60 ans ou plus, alors que ce chiffre diminue à 2% pour les personnes de 65 ans et plus.

Il semble que la thérapie cognitive-behaviorale de Beck (1967) soit la seule psychothérapie comprenant des modalités de traitement adaptées spécifiquement au vécu des âgés. Cette théorie se situe à trois niveaux; le premier cherche à assurer une performance satisfaisante au plan de l'interaction sociale, le second a pour but de favoriser la productivité

du comportement et le troisième vise le rétablissement du contrôle cognitif.

Le premier niveau mérite une attention particulière puisqu'il s'avère une cible visée par cette recherche. On peut dès lors se demander pourquoi il est utile de favoriser la sphère sociale. Trois raisons s'imposent. D'abord le milieu représente des sources de renforcements par excellence. Ensuite ce même milieu alimente l'information de l'individu sur une foule de sujets, améliore sa perception et par là, sa capacité de résolution de problèmes. Finalement, il semble que l'interaction personnelle soit incompatible avec la rumination négative et offre une mesure concrète de l'activité du sujet. Notre recherche s'insère dans cette perspective de mobilisation.

En résumé, la thérapie cognitive-behaviorale de Beck se décrit comme directive, de durée limitée, requérant habituellement 15 à 25 semaines, à raison d'une fois par semaine. Les différences d'avec les thérapies plus traditionnelles résident dans le haut niveau d'activité du thérapeute, la centration sur les problèmes dans le présent et dans la relation de collaboration entre le client et le thérapeute. Les grandes différences d'avec la thérapie psychodynamique s'avèrent sa durée limitée et l'identification précise de techniques. Elle se distingue des thérapies exclusivement bêhaviorales par son emphase sur les expériences internes du client telles les pensées, souhaits, attitudes, ...

Le modèle de Beck ne fut pas dessiné spécifiquement pour le traitement de la dépression chez l'âgé. Mais les travaux de Blazer (1980) démontrent que le modèle de Beck est le plus apte à suggérer des stratégies d'intervention adaptées aux âgés.

A ce titre, Thompson et Gallagher (1984) vantent ses avantages. Ainsi cette thérapie met l'accent sur les caractéristiques psychosociales distinctes et connues comme des changements propres à l'âgé. De plus, Beck met en avant-plan les distorsions cognitives. Ce qui s'avère prudent si l'on se fie aux découvertes de Botwinick (1978). Selon ce dernier, l'âge atteint les processus cognitifs tels la capacité d'abstraire et l'habileté à recouvrer l'information.

Oppégaard et al. (1984) soutiennent pour leur part que l'accès à un réseau de support social chez l'âgé sert d'amortisseur contre les divers stresseurs de la vie en général. En effet, ces auteurs remarquent que chez les âgés ayant un bon réseau social, les pertes sensorielles ne sont pas synonymes de dépression ou d'anxiété.

Quant à Martin et Kiely (1984), ils parlent de trois solutions possibles pour combler la solitude de l'âgé: un contact presqu'à sens unique avec les mass média, un contact avec la famille et enfin un contact social régulier mais temporaire avec une personne bénévole.

En conclusion, au sein de tous les modes de traitement de la dépression mentionnés dans ce chapitre, nous privilégiions la stratégie

déployée par Beck pour plusieurs raisons. Entre autres, elle semble la seule stratégie ayant été adaptée pour traiter l'âge. Elle accorde une attention particulière à la sphère sociale comme cible d'intervention. De plus, cette approche convient à la théorie psychosociale du vieillissement à laquelle nous souscrivons dans cette recherche.

Diverses théories du vieillissement

Le développement de ce nouveau champ d'étude que constitue la gérontologie, a occasionné plusieurs échanges, colloques, enquêtes et recherches concernant la nature du vieillissement.

Malgré cet engouement pour les problèmes du troisième âge, les théories psychosociales du vieillissement à la base de toutes ces actions concrètes sont souvent peu connues.

Les premières théories psychosociales du vieillissement, soit les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité, s'inscrivent dans un courant global appelé l'analyse fonctionnaliste. Lauzon (1980) explique que ces trois théories ont ce point en commun qu'elles mettent l'accent sur l'adaptation de l'individu à son environnement social, préoccupées qu'elles sont par l'intégration harmonieuse de l'individu vieillissant, à son milieu social. Une analyse succincte permettra de voir les différences de chacune de ces théories.

Les auteurs de la théorie du désengagement estiment que le processus normal du vieillissement correspond à un double désengagement inévitable et réciproque. L'individu se retire de la société et la société reprend graduellement à l'individu les responsabilités sociales qui lui étaient auparavant conférées. Un exemple de désengagement serait l'isolement dans lequel se plonge un individu suite à sa prise de retraite. Il est bon de noter toutefois que les personnes âgées se retrouvent bien souvent malgré elles en état de désengagement. Citons par exemple l'âgé qui se retrouve forcément en institution sans pouvoir choisir une autre solution.

Quant à la théorie de l'activité, elle propose au retraité, contrairement à la théorie précédente, de trouver des substituts aux rôles sociaux perdus. En suppléant aux rôles perdus par de nouvelles activités, il devient possible d'amoindrir les effets négatifs de la retraite ou de l'abandon du foyer par les enfants. Le bonheur en ce sens est proportionnel à l'engagement de l'âgé et à sa participation sociale.

Havighurst, Neugarten et Tobin (1975) cités dans Lauzon (1980) soulèvent un oubli dans les deux théories précédentes, à savoir, la variable personnalité. Ainsi donc, les théoriciens du développement ou de la continuité expliquent la diversité des conduites et des attitudes du retraité via la structure de leur personnalité.

Au-delà des déterminants biologiques, la personnalité de l'individu, disent-ils, est marquée par l'ensemble des expériences et des rôles sociaux que celui-ci assume durant sa vie. Une fois arrivé à l'âge de la retraite, il continue de puiser à ce passé pour s'adapter à sa nouvelle situation. En d'autres mots, bien que plusieurs retraités voient leurs activités diminuer, leurs activités présentes et futures sont dans une très large mesure en continuité avec leur passé. (Lauzon, 1980, p. 6)

Tenant compte de ces considérations, il est important dans un projet comme celui-ci de respecter les tendances et le rythme de chacun.

Plus récemment, un autre courant s'est imposé pour tenter d'expliquer le vieillissement psycho-social. Il s'agit des «théories du conflit» qui tentent d'expliquer les comportements des âgés en fonction des variables socio-économiques qui les motivent. L'hypothèse que sous-tend cette théorie est que la conduite des âgés est en large part déterminée par la nature et le niveau des ressources matérielles et intellectuelles héritées de la vie active (Guillemand et Lenoir, 1974). Ces auteurs ajoutent que puisque les relations sociales sont fondées sur le principe de l'échange ou de la réciprocité, il ne faut pas s'étonner que la mise à la retraite contribue à la dévalorisation du travailleur, et en particulier du travailleur moins fortuné.

Conséquemment le vieillissement est un processus différentiel, du fait qu'il ne touche pas de la même façon toutes les couches sociales.

Par exemple, l'âgé qui ne possède pas de capital et a peu de biens, sera dévalorisé plus rapidement, connaîtra un vieillissement prématué et se retrouvera isolé et en rupture avec le reste de la société. Toujours selon ces auteurs, contrairement aux théoriciens de l'activité qui mettent l'accent sur l'adaptation de l'âgé, les solutions proposées ici préconisent qu'un processus de transformation sociale modifierait tant les conditions de travail que les rapports entre les périodes de travail et de non travail. Pour ce faire, ce type d'intervention vise deux objectifs, le premier étant de favoriser chez les pré-retraités et les retraités des initiatives collectives concourant au mieux-être des retraités. Le second objectif en est un de conscientisation et de prévention, en vue de permettre à chacun une plus grande maîtrise de son avenir.

En résumé, la théorie du désengagement met en relief le fait que l'individu accepte de se retirer progressivement de la société et qu'en retour la société lui retire les responsabilités. D'autre part, la théorie de la continuité met en évidence le fait qu'un individu demeure lui-même tout au long de sa vie. Et enfin la théorie du conflit explique le comportement du pré-retraité et du retraité en fonction de l'évolution socio-économique de la société.

On remarque que ces trois théories semblent mettre en évidence la nécessité où se trouve la personne âgée de dépendre des autres que d'elle-même.

Quant à nous, nous souscrivons plutôt à la théorie de l'activité qui veut que le bonheur de l'âgé réside dans les efforts qu'il fait pour trouver des substituts aux rôles sociaux perdus.

A l'aide de cette incursion théorique sur le problème de la dépression, et particulièrement avec Beck qui souligne l'importance d'une performance satisfaisante au plan de l'interaction sociale dans son plan de traitement, nous voyons se profiler une dimension cruciale impliquée dans le problème de la dépression: la communication. Ainsi la dépression ne serait pas étrangère à des problèmes de communication chez l'âgé.

B) La communication et l'âgé

La communication chez l'âgé: importance et difficultés

Les nouveaux théoriciens de la communication depuis quelques années ont lancé un message jusqu'alors inédit: On ne peut pas ne pas communiquer. Yves Winkin dans «La Nouvelle communication» (1981) conçoit la communication comme un système à multiples canaux auquel l'acteur social participe à tout instant, qu'il le veuille ou non: par ses gestes, son regard, son silence, sinon son absence... De plus, en sa qualité de membre d'une certaine culture, chaque individu fait partie de la communication, comme le musicien fait partie de l'orchestre...

Ainsi, la communication est centrale pour des transactions réussies à travers toute la vie et elle n'est pas moins importante chez l'âgé. Oyer et Oyer (1976) précisent même que la communication devient plus importante chez l'âgé, car quand quelqu'un entre à la retraite, il devient en quelque sorte mis à part socialement et plus dépendant. Conséquemment, il devient crucial pour l'intégrité de ce dernier que les lignes de communication demeurent ouvertes et permettent les échanges. Le contraire entraîne une érosion du sentiment d'importance et l'apparition d'un sentiment de déshumanisation.

Si l'on essaie de définir le concept communication, il faut inclure sous ce vocable l'envoi et la réception d'un message, à la fois verbal ou non-verbal, entre deux ou plusieurs personnes. Ceci inclut aussi la communication via les mass média.

Fait intéressant, Oyer et Oyer (1976) soulignent que, statistiquement l'Américain moyen passe de six à huit heures par jour en communication directe avec les autres ou en communication indirecte à travers l'usage des mass média.

L'importance de la communication ayant été soulevée, Oyer et Oyer (1976) soutiennent que plusieurs problèmes vécus par les âgés sont reliés à des variables de communication tels des changements physiologiques, environnementaux, ...

Les changements physiologiques comprennent principalement les changements de l'ouïe, de la vision et de la mobilité physique.

Selon Oyer et Oyer (1976), parmi les problèmes d'acuité et de discrimination sensorielle, le facteur le plus dévastateur pour la communication est la diminution de la fonction auditive. Plusieurs maladies peuvent entraîner des pertes auditives à un âge avancé. En institution, le roulement du personnel étant grand, il arrive trop souvent qu'un handicap auditif soit mal connu et donc qu'on n'adapte pas sa façon de communiquer adéquatement aux difficultés de l'âge. De plus les pertes auditives semblent trop souvent confondues avec la sénilité. En fait, le système de santé comme les autres instances, transmet son information surtout sous mode oral. Ceci peut expliquer pourquoi les personnes sourdes ont tant de difficulté à s'adapter.

Toujours selon Oyer et Oyer (1976), il ne semble pas y avoir, mis à part le travail de l'audiologie, d'étude pour proposer des façons alternatives de communiquer avec les personnes présentant des difficultés auditives. De plus, la personne âgée sourde est coupée de toute l'information auditive. Sa situation est pire que celle des gens venus au monde sourds ou l'étant devenus à bas âge. En effet, on connaît aucun programme d'aide conçu pour venir en aide aux personnes souffrant de surdité causée par l'âge.

Quant aux changements de vision, ils causent aussi de nombreux problèmes, en ce sens que beaucoup de personnes âgées considèrent très importante l'information visuelle de grande importance en ce qui a trait à l'obtention d'information venant de leur environnement.

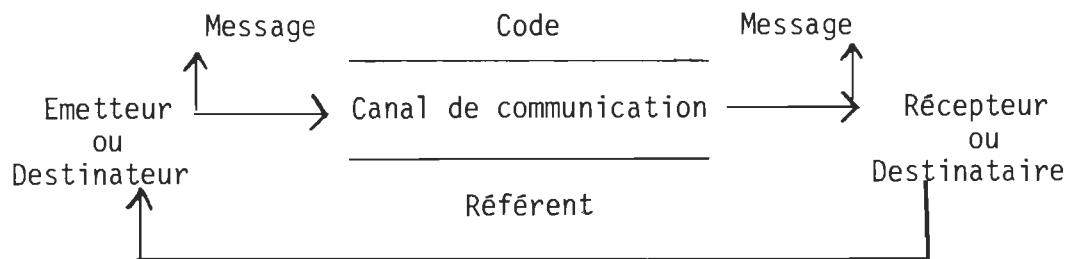
Des changements dans la mobilité physique handicapent aussi la communication. Plusieurs conditions peuvent amener de sévères limitations dans la mobilité notamment l'arthrite, l'ostéoporose, la sclérose en plaques, les troubles cardiaques, le parkinson, ... Toutes ces maladies entraînent de grandes difficultés à exécuter des tâches simples et obligent souvent à compter sur quelqu'un d'autre pour faciliter la communication. Car cette dernière, perturbée par l'augmentation du stress émotionnel, suscite des réactions défensives, de la peur ou de l'irritabilité.

Quant aux changements environnementaux, ils concernent tant la famille, les relations entre les générations que l'habitation. Un changement dans l'environnement familial se produit de multiples façons: perte du conjoint, déménagement chez les enfants entraînant une perte d'autonomie, ... Ces changements dus à l'âge rendent plus évident le fossé entre les générations qui se manifeste surtout par un langage bien différent de la part des deux parties.

Kasl (1972) suggère, au sujet de l'habitation, que le déménagement involontaire et l'institutionnalisation peuvent avoir des conséquences majeures sur la santé de l'âgé, en favorisant le développement d'une maladie

sérieuse et/ou sa progression, ... Dans la même veine, des études de Sheldon (1954), Kleemeir (1963), Niebanck et Pope (1965) rapportées par Oyer et Oyer (1976), suggèrent que l'âgé préfère demeurer seul, mais près de ses enfants et des gens de son âge. Placer l'âgé en institution met ce dernier dans une situation indésirable et les soins de santé perdent de leur effet positif dans de telles circonstances.

Mémin (1984) parle de la théorie de la communication appliquée aux personnes âgées en institution. Elle précise d'abord que l'institution, ce cadre qui ne permet pas de faire référence à l'existence antérieure, provoque une dououreuse rupture avec l'environnement affectif et social de l'âgé. De plus, même si souvent ces dernières relations de l'âgé sont ambivalentes, elles demeurent toutefois très fortes: on se connaît depuis longtemps, on a engrangé les mêmes images, on a vécu les mêmes événements, sans doute d'une façon très différente. Ces lieux communs sécurisent, disent les théoriciens de la communication, puisqu'on a les mêmes référents, les mêmes codes. Mémin établit un schéma de la communication comme suit:



Feed back ou rétroaction
(Mémin, 1984, p. 37)

L'observation des différents éléments impliqués dans ce schéma, laisse entrevoir que le but de toute communication est la transmission d'un message, qu'il soit sonore, visuel, tactile, olfactif ou gustatif. Le canal, qui sert de voie de circulation peut être aussi sonore ou visuel. Le code est un ensemble de signes ou de règles de combinaisons de signes pour former un message. Par l'opération d'encodage, l'émetteur puise dans ces signes pour former un message. Par l'opération de décodage, le récepteur reconnaît ces signes, dans la mesure où son répertoire rejoint celui de l'émetteur.

Tout ce à quoi renvoie le message, autant des objets réels que des réalités imaginaires, se nomme «référent». Ce qui affecte la transmission du message est nommé «bruit»; cela peut être par exemple une voix trop basse de l'émetteur, un destinataire inattentif ou divers parasites dans le canal. Ces divers bruits peuvent se corriger par la redondance. L'effet de feedback illustre l'échange et la réciprocité présente dans toute relation.

Partant de ce schéma de la communication, il est possible de voir ce qui gêne la communication chez l'âgé: ralentissement de la vitesse de communication, réduction du nombre possible d'informations reçues avec l'avance en âge, diminution de la mémoire d'évocation, déficits sensoriels particulièrement la presbyacousie, perturbations venant du code et des référents imprégnés par les différences de mentalité.

Concernant ce dernier point, Mémin (1984) rapporte avec vérité que depuis le début du siècle, une véritable accélération des transformations de la société s'est produite, transformant les mentalités, changeant le vocabulaire, les images, et amenant la coexistence simultanée de cinq générations. C'est alors que des phrases telles «Dans mon temps» apparaissent, indiquant que les âges se figent dans leurs référents. Toute communication inter-générationnelle a besoin d'une attention spéciale afin que les «bruits» ne couvrent pas le message à transmettre.

Une autre difficulté propre à l'entrée en institution est reflétée par le nombre et la diversité des personnes avec qui la personne âgée devra communiquer. Selon Mémin toujours, pour pouvoir entendre, respecter le langage propre à l'âge et supprimer les bruits divers de la communication, il faut avoir le «goût du silence» et arriver à assumer l'angoisse générée par une plus grande proximité de la mort chez l'âgé.

La communication entre les soignants et les soignés en institution présente souvent plusieurs failles. Mémin souligne l'éloignement des principes de vie des deux parties. Conséquemment il n'est pas rare que le personnel établisse avec l'âgé des conduites uniformisantes, sur un mode infantilisant, rassurant ou indifférent. Il n'est guère étonnant que suite à cela l'âgé prenne l'habitude de se taire ou de se parler seul, d'autant plus que devant le manque de personnel et leurs conditions de travail, il pense que ce qu'il a à dire est dénué d'intérêt.

En regard à toutes les difficultés mentionnées précédemment, une question s'impose: Comment l'âgé comble-t-il son besoin de communication puisque selon Oyer et Oyer (1976) la communication constitue le processus primaire afin de maintenir la stabilité chez l'âgé?

Ici le phare peut se tourner vers trois directions possibles: un contact presqu'à sens unique avec les mass média, un contact avec leur famille et enfin un contact social régulier mais temporaire avec une personne bénévole (Martin et Kiely, 1984).

La première solution, c'est-à-dire un contact avec les mass média, a été l'objet de plusieurs recherches. Martin et Kiely (1984) stipulent que la technologie a modifié l'image de la vieillesse et diminue à certains moments l'ampleur de la solitude et de l'isolement. Ainsi, le téléphone (Pfaff, 1980), la télévision (Birren et Woodruff, 1975) et la radio semblent des palliatifs au manque de contacts sociaux. Cependant tous ne sont pas de cet avis. Ainsi selon Graney (1974), et Danowski (1975) cité dans Oyer et Oyer (1976), il y a peu d'évidence supportant la proposition que les médias constituent un substitut adéquat au manque de communication interpersonnelle. De plus Harris et ses associés (1975) concluent dans une étude extensive que les images divulguées par les médias concernant les âgés, tendent à être distordues, négatives, peu d'attention étant accordée au public des âgés en tant que consommateurs.

Quant à la deuxième solution, soit le contact avec la famille, elle semble une alternative chérie des personnes âgées. Toutefois selon

Martin et Kiely (1984), plusieurs familles n'entretiennent pas, ou très peu de contacts avec leurs aînés, de nombreuses raisons expliquant cet état de fait: le temps, la distance, l'incompatibilité des valeurs, ... Le Ministère des Affaires Sociales (1969) constate que la nécessité d'un soutien à domicile est inversement proportionnel à l'aide que la famille peut apporter.

La troisième solution, soit l'établissement d'une relation entre une personne bénévole et une personne âgée, constitue aux dires de Martin et Kiely (1984) une solution de rechange disponible et avantageuse pour tous les membres de la communauté. Elle mérite de plus amples approfondissements.

Rôle du bénévolat chez l'âgé

Il est intéressant d'abord de regarder quelles sont les racines du bénévolat. Il semble que les psychologues communautaires soient à l'origine de ce nouveau concept, encourageant une forme d'entraide ou d'assistance via des «volontaires» ou des «non-professionnels». L'utilisation des bénévoles vise à pallier aux besoins socio-affectifs des personnes âgées en perte d'autonomie.

Plusieurs études furent faites pour évaluer l'effet d'un type de bénévolat consistant à visiter régulièrement une personne âgée manifestant le désir d'une relation de confiance interpersonnelle (besoin d'écoute). Etre «visiteur amical» semble très utile auprès des personnes âgées selon Cowen (1966). Lowentall et Haven (1968) concluent qu'une

relation humaine stable constitue un palliatif pouvant amoindrir l'impact de la vieillesse et pouvant favoriser une meilleure adaptation chez l'âgé. Clark et Baker (1975) précisent que les visites d'amitié peuvent apporter la communauté aux gens qu'ils visitent.

Martin et Kiely (1984), à partir d'un projet communautaire nommé ECHANGE, ont tenté de conceptualiser et d'opérationnaliser une comparaison entre deux processus d'aidant-aidé avec des personnes âgées vivant à domicile. Par l'intermédiaire de formations différentes du bénévole, l'une destinée au rôle de «visiteur amical» et l'autre destinée au rôle d'«intermédiaire à court terme», sont étudiés les changements qui se produisent concernant les motivations des bénévoles et les répercussions sur le degré de solitude ou d'isolement social des âgés.

Le deuxième type de bénévolat, plus innovateur, ajoute une nouvelle dimension au rôle de «visiteur amical», en ce sens qu'il invite le bénévole à jouer un rôle d'agent de liaison entre la personne âgée esseulée et les ressources présentes dans son milieu communautaire. Ce type de bénévolat présente l'avantage que lorsque le bénévole discontinue ses visites amicales, le retraité n'est pas démunie, car il s'est vu offrir la possibilité de créer de nouveaux contacts sociaux.

Cette recherche de Martin et Kiely invite à la prudence quand il s'agit d'utiliser des bénévoles avec les personnes âgées esseulées. Le premier rôle, celui de «visiteur amical», consiste à rendre visite à

l'âgé isolé et à exercer sa capacité d'écoute à l'aide d'une relation de confiance... Malgré que ce rôle plus traditionnel soit favorisé au sein des divers organismes de bénévolat, aucune étude n'établit les conséquences possibles de ce rôle chez les bénévoles et les bénéficiaires.

Si l'on compare les deux types de bénévolat, il semble que le rôle d'«intermédiaire à court terme» soit favorisé pour de multiples raisons. D'abord il faut noter que le rôle de «visiteur amical» n'implique aucune méthode ou procédure à suivre; aucun but défini, ni de limite de temps. Advenant la discontinuité des visites par le bénévole, l'attachement créé entre les deux parties est difficile à rompre. On voit souvent d'une part, un sentiment de culpabilité pour le bénévole et d'autre part un sentiment d'abandon et de délaissé ressenti par l'âgé. Conséquemment, le bénévole se sent pour ainsi dire obligé de continuer ses activités amicales, quoiqu'il se sente parfois exploité par les exigences du bénéficiaire ou des professionnels.

Toujours selon ces auteurs, le rôle «d'intermédiaire à court terme» favorisé par le deuxième type de bénévolat, entraîne une plus grande participation de la part du bénéficiaire et des membres du milieu social désiré. Dès lors, quand il y a interruption du projet, le bénévole ressent moins de culpabilité et le bénéficiaire se sent moins délaissé puisqu'il connaît d'autres ressources et d'autres membres qu'il a rencontrés entre temps. L'intervention du bénévole implique au début un attachement émotif diminuant graduellement en faveur de l'augmentation de

sentiments positifs que l'âgé entretient, au plan social, face à d'autres individus significatifs pour lui. En fait, cette relation bénévole-bénéficiaire, axée davantage sur l'altruisme, cherche à amener l'âgé à se lier à d'autres bénéficiaires ou membres importants. En résumé, ce dernier rôle favorise chez l'âgé plus d'autonomie, d'indépendance et de prise en charge, tandis qu'il fournit des buts réalistes, concrets et à court terme pour les bénévoles.

C'est donc ce rôle d'«intermédiaire à court terme» que nous désirons faire jouer aux bénévoles impliqués dans cette recherche.

Importance de la musique

Une incursion dans le monde de la communication ne saurait être complète si l'on passait sous silence le rôle de la musique.

Marie-Aimée et Jean Guilhot (1979) parlent de la musicothérapie comme un guide et un excellent stimulant pour explorer l'univers affectif et émotionnel d'un individu et pour mobiliser les forces vives pouvant favoriser les tâches de reconstruction. De plus cette forme d'art-thérapie intervient dans un domaine dont le thérapeute ne possède pas encore les clefs et dont il ne peut encore s'assurer la maîtrise: le domaine de la psychologie des profondeurs.

Plusieurs auteurs en ce domaine, surtout aux Etats-Unis, ont tenté de mieux cerner le pouvoir affectif de la musique, notamment

Schoen et Jatewood (1927), Hevner (1936), Capurço (1952) et Catell (1953).

Un résumé de ces auteurs est fourni par Guilhot, Guilhot, Jost et Lecourt (1979):

- La musique détermine un changement de l'état affectif existant et l'effet dominant d'une oeuvre musicale est constant d'une audition à l'autre (expérience test-retest).
- Les réponses affectives à une oeuvre musicale sont uniformes chez la grande majorité des sujets. Ainsi la musique incite-t-elle de façon privilégiée à la détente, mais aussi à la tristesse, la joie, l'amour, la nostalgie...; la musique vocale ayant un pouvoir évocateur plus important que la musique instrumentale.
(...)
- Ces réponses sont le fruit d'un réseau de facteurs dont les plus importants sont le tempérament, l'éducation et l'oeuvre musicale elle-même; on peut y ajouter, avec Francès, le contexte socio-culturel.
(...)
- Le rôle de la familiarité du sujet avec l'oeuvre considérée est plus important dans le cadre d'une éducation musicale faible et il intervient notamment dans l'intensité du plaisir éprouvé. D'autre part, la culture musicale du sujet, les œuvres qu'il a déjà entendues, celles qu'il connaît, créent une certaine attente vis-à-vis de toute audition nouvelle.»

(Guilhot, Guilhot, Jost et Lecourt, 1979, p. 42-43)

La musique détient plus d'une valeur thérapeutique. Ainsi la musique d'ambiance permet la création d'un cadre plus agréable, plus

intime, surtout en milieu hospitalier. Shapiro (1969) ayant procédé à une expérience pilote dans un asile pour vieillards rapporte que la musique réactive, revitalise et provoque une reprise de contacts sociaux et de nouvelles motivations chez l'âgé.

La musique peut aussi être l'intermédiaire d'une reprise de contact avec la réalité et du rétablissement de la communication interpersonnelle (Guilhot, Guilhot, Jost et Lecourt, 1979). De plus Gilman, Stein, Skelly et Gilliland, cités par les auteurs précédents, mentionnent que la musique peut jouer un rôle de préparation et de facilitation pour une psychothérapie chez des sujets au contact difficile, très inhibés ou opposants.

Au Québec, Ruiz et Pilon (1969) ont réalisé une importante étude, tentant de comparer diverses formes de traitements sur des psychotiques chroniques hospitalisés: la chimiothérapie, l'ergothérapie, la psychothérapie de groupe et la musicothérapie de groupe. Le but de la recherche était de raccourcir la durée de l'hospitalisation par une resocialisation active, afin de lutter contre la «névrose institutionnelle». Toutes les méthodes concourrèrent à une amélioration générale du comportement, mais la musicothérapie se distingua en ce sens qu'elle fut mieux acceptée, genera une anxiété nettement inférieure aux autres méthodes et une participation affective plus directe. De plus, des améliorations notables furent remarquées à la fois pour le niveau d'activité, la resocialisation et la motivation des patients.

Plus récemment, Mémin (1984) parle d'une réceptivité accrue de la musique chez l'âgé pourvu que son audition soit conservée. Ainsi avec son mélange de rythme et de mélodie, le message crée une émotion intense, génératrice à son tour de pensées, de représentations visuelles, d'impressions et d'expressions corporelles, tels des mouvements du corps ou des gestes plus inconscients. Ce même auteur rappelle que si les mélodies complexes sont le domaine des spécialistes, les mélodies simples, les rythmes proches de certains mouvements vitaux tels la marche, la succion, le battement cardiaque, sont perçus par tous, ceci expliquant le si grand succès de certaines chansons populaires auprès des personnes âgées. De plus, le sens du rythme, variable chez les individus, résiste tardivement au sein même du vieillissement pathologique.

Mémin (1984) conclut que le grand avantage de la musique est que chacun, en l'écoutant, abandonne ses mécanismes de défense habituels et ouvre son univers afin d'y laisser entrer un plaisir bâti sur l'évocation d'un souvenir.

Comme le stipule Beck en 1967, le déprimé n'expérimente plus aucun stimulus interne qui le fait agir. Toutes les lectures mentionnées précédemment donnent à penser qu'il serait possible que la musique et la voix de personnes connues puissent jouer un rôle de «bougie d'allumage» en quelque sorte auprès de l'âgé, la musique ou la voix venant réveiller des souvenirs endormis et inciter l'individu à sortir de la routine quotidienne.

Rôle du magnétophone

Après avoir passé en revue les déficits sensoriels qui peuvent survenir avec l'âge, il est intéressant de préciser que l'aspect verbal semble le dernier aspect affecté par la maladie.

De façon plus précise, Chatelois et Renaseau-Leclerc (1980) établissent qu'au niveau des performances des âgés aux tests d'intelligence, l'échelle d'intelligence verbale se maintient, certains âgés présentant même une amélioration de rendement en raison du facteur expérience.

Concernant l'intelligence des âgés, les données de Woodruff et Walsh telles que résumées par Oyer et Oyer (1975) indiquent que l'intelligence ne décline pas avec l'âge et que l'habileté à apprendre n'est guère limitée par l'âge. Cependant les personnes âgées ont besoin habituellement de plus de temps pour apprendre les tâches et ne performent pas aussi bien que les jeunes sous des conditions requérant l'accomplissement d'une tâche dans un temps requis.

Une plainte commune chez les âgés de soixante-cinq ans et plus consiste à affirmer qu'ils ne peuvent plus se souvenir de rien... Une étude récente de Pratt (1981) contredit cette hypothèse en démontrant que l'âgé peut faire usage d'un matériel complexe, en l'occurrence un magnétophone dans la remémorisation de phrases.

Oyer et Oyer (1975) précisent dans leurs recommandations que de nouvelles voies ont besoin d'être trouvées pour que les âgés réussissent, malgré toutes les déficiences reliées au vieillissement, à communiquer leurs informations, leurs aptitudes, leurs habiletés... Idéalement, la disparition du stéréotype qui veut qu'il soit impossible d'enseigner du nouveau à l'âgé, ne sera une réalité que le jour où les résultats d'expériences prouveront le contraire.

C'est ici que l'entrée en scène d'un outil technologique tel le magnétophone, devient intéressant pour l'étude qui suit. Le magnétophone, outil simple, facile d'accès, peu dispendieux, permet la répétition du matériel à écouter (musique, message à envoyer, message reçu). De plus, le magnétophone offre l'opportunité d'ajouter un casque d'écoute; ce dernier permet de sauvegarder l'intimité ou d'amplifier le son pour les personnes âgées présentant des difficultés auditives.

Fait à noter, la revue des différentes sources de littérature disponibles, ne relève que très peu d'études faisant usage de ce matériel, et ce, davantage chez l'âgé.

Ainsi Scott (1976) parle avec optimisme, d'une expérience dans laquelle on initia des patients déprimés à écouter périodiquement le texte d'un magnétophone inspiré de thèmes religieux, dans un but de relaxation musculaire profonde.

Plus récemment, Neumann (1981) discute d'un traitement autonome de la dépression par un programme d'écoute de cassettes audio chez des personnes dépressives en institution. Ces cassettes contenaient des affirmations tirées de la thérapie de Lewinson et furent écoutées deux à trois fois par des patients âgés de 30 à 62 ans, dont le nombre d'années d'hospitalisation variait de 3 à 28 ans. On remarqua à l'aide d'un test-retest du Beck, une baisse significative du degré de dépression. Neumann fait valoir l'utilité d'un tel système dans les diverses institutions où le personnel manque de temps pour discuter avec le patient.

Hypothèse

Les études de Beck, nous ont fait voir que la dépression résulte d'une dysfonction cognitive incitant à se voir et à percevoir le monde et le futur de façon négative. Toute la personnalité du déprimé est touchée. Ainsi des symptômes apparaissent dans quatre sphères: l'émotion, la cognition, la motivation et le physique.

Au plan du traitement de la dépression, Beck porte une attention spéciale au fait d'assurer une performance satisfaisante au plan de l'interaction sociale chez le déprimé. Ainsi apprendre à communiquer et recevoir du feedback de la part de l'environnement pourrait raviver le déprimé.

Il semble que l'accès à un réseau social supportant serve d'amortisseur contre les divers stresseurs de la vie. On comprendra par là que

les personnes seules, en grand nombre dans notre société peuvent devenir facilement des victimes de la dépression. D'ailleurs Schultz et Moore (1984) renforcent cette idée: il y aurait une corrélation positive chez l'âgé entre la solitude et des phénomènes tels l'anxiété, la dépression et un faible niveau de satisfaction de vie.

Pour combler cette solitude, une solution récente a vu le jour afin de tenter de pallier au manque de ressources sociales et familiales: le bénévolat.

La musique aussi a un pouvoir de réactivation, de revitalisation et de provocation quant à la reprise des contacts sociaux. Par là même, elle influence la communication, même chez des gens difficiles à atteindre par des stratégies thérapeutiques plus sophistiquées.

Toujours dans cette perspective de communication, le magnétophone, quoique peu utilisé à date dans les recherches, semble un outil dont l'âgé pourrait se servir afin de combler sa solitude, même lorsque ses facultés sensorielles sont diminuées. De plus, l'apprentissage du fonctionnement d'un tel appareil constitue une tâche précise et sécurisante à la fois pour le bénévole et l'âgé. Cette forme d'apprentissage tient compte des conditions mentionnées précédemment par Margaret et Kiely concernant le rôle d'«intermédiaire à court terme» du bénévole.

Le tandem bénévole-magnétophone, étant considéré comme une activité, il y a lieu d'émettre l'hypothèse suivante: il y aura diminution

du niveau de dépression chez la personne âgée esseulée, suite à l'utilisation du magnétophone et à l'assistance d'un bénévole.

Chapitre II

Description de l'expérience

Ce deuxième chapitre est consacré à la description de l'expérience. Afin de mieux cerner le déroulement de cette recherche, certains aspects seront passés en revue tels les circonstances ayant entouré la création de ce projet, le choix des sujets, le choix des bénévoles, l'appareillage utilisé, le choix du matériel auditif, le déroulement de l'expérience, ainsi que les mesures utilisées.

Circonstances entourant la création de ce projet

Avant d'entreprendre la description des modalités techniques de cette recherche, il serait bon de préciser que cette expérience de type exploratoire ou recherche-action s'est réalisée dans le cadre d'un projet gouvernemental appelé «Défi '85»¹. L'objectif central de ce projet consista à créer un loisir chez la personne seule et isolée, vivant en institution, personne souvent négligée à cause de problèmes de mobilité physique ou du manque de personnel.

Limités par les objectifs de travail du projet, cette recherche a dû se réaliser en deux étapes. Ainsi l'expérimentation pour le groupe expérimental fut mise sur pied à l'été '85 alors que l'expérimentation du groupe contrôle fut organisée à l'été '86.

1 Programme fédéral d'emplois d'été pour étudiant.

De fait, le schéma théorique idéal pensé pour mener à bien cette recherche comprenait trois groupes: un groupe contrôle sans traitement, un groupe contrôle avec visites d'un bénévole seulement et un groupe expérimental utilisant le système bénévole-magnétophone.

Désireux de réaliser les objectifs de «Défi '85» cités précédemment et conscients de la plus grande possibilité de location de magnétophones, notre énergie a dû se canaliser sur le troisième groupe.

La réalisation d'un groupe contrôle sans traitement présentait un problème relevant de questions d'éthique. En effet, nous étions soucieux de ne pas faire de ségrégation chez les personnes âgées qui devaient être sélectionnées dans la même institution. A titre d'exemple, nous n'avons qu'à imaginer deux patients d'une même chambre d'hôpital, l'un bénéficiant du traitement bénévole-magnétophone et l'autre, réalisant, déçu et résistant, qu'on ne lui fait passer qu'un questionnaire sans lui offrir les mêmes avantages que son voisin!...

La formation d'un groupe avec visites d'un bénévole seulement comportait elle aussi de sérieuses contraintes. Ainsi nous devions faire face à la fois aux très grandes difficultés rencontrées dans le recrutement des bénévoles ainsi qu'à l'impossibilité de superviser un trop grand nombre de participants.

Voilà pourquoi nous avons dû remettre l'expérimentation du groupe contrôle sans traitement à l'été suivant. Cette dernière expérimentation était nécessaire pour compléter notre schéma expérimental et

conclure davantage à l'efficacité ou non du traitement bénévole-magnétophone.

Pour se conformer aux exigences statistiques descriptives du groupe expérimental, le groupe témoin fut formé en respectant les mêmes variables, à savoir le nombre, l'âge, les lieux de provenance et l'intensité de dépression. De plus, il fut possible d'être fidèle au schéma expérimental, puisque la variable «saison» fut contrôlée et qu'il ne s'est guère produit d'événements majeurs, tels qu'incendie, épidémie, pouvant modifier considérablement la vie des personnes âgées dans les institutions concernées.

Choix des sujets

L'échantillonnage est composé de 58 personnes âgées réparties de façon égale à travers le groupe expérimental et le groupe contrôle (i.e. 28 personnes dans le groupe expérimental et 30 dans le groupe contrôle).

La clientèle visée par cette recherche est formée par des personnes âgées présentant des problèmes de solitude, de dépression et d'isolement social. Comme il est mentionné dans le premier chapitre, ces caractéristiques se retrouvent chez des gens de tous les milieux. L'échantillon doit donc comprendre des personnes âgées provenant à la fois d'une institution (l'hôpital Cooke de Trois-Rivières), d'un foyer

d'accueil (celui de Nicolet) et de maisons privées de Trois-Rivières et de Nicolet.¹ Le recrutement des bénéficiaires se fait de diverses manières selon le lieu d'habitation visé. Ainsi le recrutement des âgés en maison privée se fait via le centre de bénévolat de chacune des deux localités. Quant aux deux autres institutions, le recrutement s'effectue par l'entremise des professionnels de la santé déjà sur place, c'est-à-dire la direction des soins, les ergothérapeutes, les récréologues, ...

Pour aider les responsables de cette sélection, certains critères furent explicités: - identification de personnes souffrant de solitude, soit parce qu'elles s'en plaignent elles-mêmes ou qu'elles sont identifiées comme telles par le personnel - inadaptation sociale causée soit par des handicaps provoquant une diminution de l'autonomie, soit par des pertes socio-affectives telles que l'isolement géographique, l'abandon de la famille, la disparition d'un être cher, l'obligation de «casser maison»,... - signes visibles de dépression tels que définis par Beck pour les aspects physique, émotif, comportemental et motivationnel.

Beaucoup de personnes âgées de tous les milieux correspondent à un ou plusieurs de ces critères. Il s'agit alors d'aller voir ces gens esseulés et de vérifier si la nature du projet les intéresse vraiment. Cette première visite des âgés repose sur le canevas suivant: «si quelqu'un venait vous rendre visite une fois par semaine, accepteriez-vous?

¹ L'auteur tient ici à remercier l'hôpital Cooke de Trois-Rivières et le Foyer de Nicolet pour leur hospitalité.

Cette personne vous ferait entendre de la musique que vous aimez à l'aide d'un appareil...».

Ce qui est notable à ce point, c'est que la grande majorité des personnes âgées rencontrées sont très réceptives à l'idée d'avoir la visite d'une personne-bénévole. Cependant l'idée de la «boîte à musique» modère quelque peu certains âgés qui hésitent à s'impliquer dans la recherche. Ce phénomène anticipé de notre part, est éclairé par Oyer et Oyer (1976) qui soutiennent que chez l'âgé la peur du nouveau, avec tout ce qu'elle implique de possibilités de faire des erreurs et d'augmenter le sentiment de faiblesse, s'avère très importante.

Après avoir recruté nos bénévoles, un tri est effectué au sein des âgés intéressés à partir de ces modalités: - le hasard - la possibilité ou non qu'un bénévole rejoigne l'âgé selon les lieux de résidence respectifs - le degré de solitude très grand de l'âgé - le manque d'autonomie notable, ...

Les sujets du groupe contrôle furent recrutés à l'aide des mêmes instances que pour le groupe expérimental, à la différence que les âgés n'eurent pas à accepter ou à refuser de participer, puisqu'ils ne furent sollicités que pour la passation du pré-test et du post-test de Beck.

En terme numérique, chez les 58 personnes cataloguées comme ayant des problèmes de dépression, on note 6 hommes et 22 femmes dans le groupe expérimental. Le groupe contrôle comprend 10 hommes et 20 femmes.

Dans le groupe expérimental, 19 personnes proviennent de l'hôpital, 4 du foyer et 5 de maisons privées ou de H.L.M. Dans le groupe contrôle, 19 proviennent de l'hôpital, 6 du Foyer, 5 de maisons privées ou de H.L.M.

Les moyennes d'âge du groupe expérimental et du groupe contrôle se situent respectivement dans les classes d'âge de 75 à 79 ans et de 65 à 69 ans.

En terme de pourcentage, le groupe expérimental comprend 21.4% d'hommes et 78.6% de femmes. Quant aux milieux de résidence, 67.9% vivent à l'hôpital, 14.3% au Foyer, 17.8% en maisons privées et en H.L.M. Le groupe contrôle comprend 33.3% d'hommes et 66.7% de femmes. Parmi eux, 63.3% vivent à l'hôpital, 20% au Foyer et 16.7% dans les maisons privées ou les H.L.M.

Choix des bénévoles

Le recrutement des bénévoles s'avère la pièce maîtresse en ce qui a trait au nombre de personnes âgées ayant pu bénéficier de cette expérience.

Pour rejoindre ces bénévoles, nous prenons plusieurs détours:
- les centres de bénévolat - l'Age d'or - les associations de bénévoles déjà implantées au sein des institutions couvertes par cette recherche - des annonces placées dans les bulletins paroissiaux, à la Télévision

Communautaire et dans deux journaux, soit *Le Nouvelliste* et *l'Hebdo du Cap-de-la-Madeleine*.

Le nombre de répondants n'est pas très grand, principalement à cause de la saison choisie pour effectuer la recherche, l'été étant synonyme de vacances et de relâchement pour les bénévoles oeuvrant toute l'année. En tout, 31 bénévoles répondent, dont 13 à Nicolet et 18 à Trois-Rivières. Sur ces 31 personnes-bénévoles, il est intéressant de noter que 14 seulement demeurent jusqu'à la fin du projet, à l'exclusion des trois expérimentateurs.

Concernant les 17 personnes-bénévoles qui abandonnent le projet avant la fin, notons que la cause de cet abandon n'est redevable à l'in-capacité physique de l'âgé, que dans un cas seulement. On peut se demander alors quelles raisons sont à la base de l'abandon de tant de bénévoles. D'abord il est bon de mentionner qu'une bénévole a dû cesser pour cause de maladie. Ensuite, force fut de constater que beaucoup de bénévoles semblent aux prises avec des difficultés à aborder l'âgé, surtout si ce dernier est peu réceptif aux visites, qu'il ne parle pas ou est très agressif, ... Plusieurs autres, manifestement apeurés par des phénomènes reliés au monde institutionnel tels la maladie, l'angoisse de la mort, la vieillesse, se défilèrent prétextant un manque de temps ... Finalement, à notre grande surprise, plusieurs bénévoles délaissent le projet à cause de leur propre peur associée à l'utilisation d'un magnétophone.

Afin de prévenir cette dernière source d'abandon de la part du bénévole, nous avions pourtant prévu une réunion pour les bénévoles de chaque localité afin de pouvoir leur expliquer les détails qui suivent. Ainsi il était important de leur présenter les objectifs du projet et de préciser les obligations encourues par le projet en terme de disponibilité (i.e. une fois par semaine à raison d'au moins une heure par visite). Concernant l'appareillage, il était nécessaire de montrer une première fois le magnétophone, de laisser les bénévoles l'approcher afin d'exorciser leur peur, de donner des explications concernant son fonctionnement, tout en faisant ressortir l'aspect ludique et simple de l'appareil. Tout aussi fondamentale fut la sensibilisation des bénévoles à l'objectif du projet, à savoir de ranimer l'autonomie des âgés. La circonscription des fonctions du bénévole fut aussi établie: accompagner l'âgé, l'éduquer au fonctionnement du magnétophone, l'encourager à utiliser son magnétophone quand il se sent seul, donner un rapport aux expérimentateurs après chaque visite, agir comme porte-parole de l'âgé auprès des expérimentateurs concernant le choix du matériel auditif que les âgés désirent entendre... Une présentation des trois étapes principales de l'expérimentation ainsi que le temps consacré à chacune d'elle fut faite. Finalement notre aide et notre support en tant qu'expérimentateurs étaient assurés aux bénévoles concernant tous les aspects ci-haut mentionnés.

Il est à noter que trois bénévoles qui demeurent jusqu'à la fin du projet, prennent sous leur responsabilité deux bénéficiaires chacun.

Les expérimentateurs jouent un rôle de bénévole auprès de 16 personnes du groupe expérimental et ce, afin de rejoindre le plus de personnes possible.

Il devient donc évident lors de ce recrutement de bénévoles qu'il serait impossible d'en recruter suffisamment pour pouvoir faire fonctionner en même temps deux groupes d'âgés utilisant ou non le magnétophone.

Appareillage utilisé

L'été engendrant à l'Université le ralentissement et la fermeture de certains services aux étudiants concernant le matériel audio-visuel, il devient nécessaire de négocier l'emprunt de magnétophones à la testothèque et au Service de l'audio-visuel. Seize magnétophones proviennent de la testothèque et 4 du Centre de diffusion.

De plus une subvention du Laboratoire de gérontologie permet d'acheter du matériel neuf. Plusieurs types de magnétophones étant présentement sur le marché, il faut établir des critères d'achat. Ces derniers se portent sur le faible coût de l'appareil et la simplicité de fonctionnement.

Pourquoi un faible coût? D'abord à cause des possibilités de subvention réduites, mais aussi à cause de la philosophie de base du projet, à savoir que si les personnes âgées désirent se procurer un appareil afin de poursuivre les bienfaits de cette recherche après la fin de

l'expérimentation, elles puissent en avoir les moyens financiers. En fait, il faut toujours garder en tête la possibilité de création d'un nouveau besoin à la suite d'un tel type de projet.

Quant au deuxième critère de sélection de l'appareil, la simplicité des touches à actionner pour le mettre en marche, il réfère aux multiples difficultés sensorielles discutées au chapitre précédent telles la surdité, la cécité, les problèmes de motricité, ...

Afin de donner des points de repère au bénévole et au bénéficiaire, une légende est faite associant chaque fonction de l'appareil à une couleur de touche spécifique. Conséquemment, sur chacune des touches du magnétophone, on met un auto-collant de couleur fluorescente pour les personnes présentant des troubles visuels (voir appendice A).

Le choix du matériel auditif

Notre recherche comporte la possibilité pour l'âgé de choisir ce qu'il aimerait entendre sur le magnétophone...

Une première étape consiste à amasser une banque de cassettes dans laquelle l'âgé puisse sélectionner quelque chose qu'il aime, afin de l'écouter sur son magnétophone. Pour ce faire, il faut diversifier le matériel auditif disponible.

La Bibliothèque Municipale de Trois-Rivières nous prête main forte dans ce but, mettant à notre disposition son vaste choix de cassettes destinées à un service adapté pour les malentendants... Monologues humoristiques, romans, poésies, le choix ne manque pas. Puisqu'un nombre restreint de cassettes peut être emprunté à la fois, il faut effectuer un tri selon ce que nous croyons que les personnes âgées apprécient, en essayant de toucher à la plupart des genres disponibles... (voir appendice B).

Il est possible aussi de monter une autre banque de cassettes, de type musical, grâce à l'aide de diverses ressources: bénévoles, Centre d'enregistrement de disques de l'Université du Québec à Trois-Rivières,... Grâce à tous ces collaborateurs, il devient possible d'exaucer au fur et à mesure du projet, la plupart des souhaits musicaux des personnes âgées (voir appendice C).

De plus, afin de faire profiter à tous les âgés en même temps des cassettes disponibles, l'Université nous donne accès à son service de duplication des cassettes.

Le déroulement de l'expérience

Puisque le projet se déroule en deux étapes, regardons d'abord la démarche effectuée auprès du groupe expérimental pour ensuite préciser celle du groupe contrôle.

Avant que ne débutent les rencontres entre les personnes âgées et les bénévoles, les sujets du groupe expérimental sont soumis au questionnaire de Beck présenté plus loin. La passation de ce test se fait de façon individuelle, dans la chambre de l'âgé s'il demeure en institution, ou à sa maison privée. Le test est présenté oralement. La passation s'étend sur les deux semaines précédant le début de l'expérience.

Cette période de préparation comporte aussi en parallèle une première rencontre individuelle avec les bénévoles. L'un des trois expérimentateurs précise au bénévole les divers rôles qu'il devra tenir au cours des dix semaines suivantes, auprès d'un âgé. Le choix de ce dernier est alors précisé. Ce jumelage est effectué soit par le hasard, soit selon les préférences de l'âgé concernant le type de bénévole qu'il voudrait avoir (i.e. le sexe, l'âge, ...), ou soit par l'amitié existante entre certains âgés et des bénévoles participant au projet. Cette dernière situation diminue évidemment la période servant à l'établissement du climat de confiance.

Lors de cette première rencontre avec les bénévoles, nous essayons de dépister ceux qui ne sont guère à l'aise avec le magnétophone. Le cas échéant, nous donnons des informations et répondons aux questions. Nous suggérons aussi à tous d'apporter l'appareil chez eux afin de bien maîtriser les différentes fonctions et de consolider les apprentissages amorcés en présence des expérimentateurs. De plus, nous donnons à chacun une feuille-résumé expliquant les trois principales

étapes à franchir lors du projet: l'établissement du climat de confiance, l'apprivoisement du magnétophone et la communication avec une personne chère via le magnétophone (voir appendice D).

Une durée approximative est donnée à titre de guide, concernant chaque étape mais nous précisons aux bénévoles qu'il faudra user de doigté, et parfois rallonger ou raccourcir la durée de certaines étapes et ce, afin de ne pas bousculer le rythme de chacun des âgés.

Les dix semaines d'expérimentation suivant cette rencontre adoptent le canevas suivant. Avant et après chaque rencontre entre le bénéficiaire et le bénévole, ce dernier vient rencontrer un des expérimentateurs. L'heure de la visite de l'âgé étant laissée à la discrétion du bénévole et de l'âgé, un bureau est ouvert en permanence de 9H00 à 17H00 à Trois-Rivières et à Nicolet, afin de recevoir les bénévoles. Selon l'étape où est rendue sa dyade, le bénévole peut demander aux expérimentateurs des cassettes réclamées par l'âgé et/ou éclaircir certaines questions à propos de la rencontre qu'il s'apprête à faire. Après sa visite, le bénévole doit donner un compte-rendu concernant ce qu'il a fait au cours de sa rencontre, ceci pouvant aller de la simple conversation à des aspects concernant plus spécifiquement le magnétophone. Il parle aussi des difficultés rencontrées avec l'âgé concernant tout autant son bien-être physique, son état affectif, que des aspects touchant davantage au magnétophone. Il peut ajouter d'autres remarques qu'il trouve importantes à préciser concernant la rencontre. (voir appendice E)

Ce contrôle du bénévole présente plusieurs avantages, soit de s'assurer que le bénévole effectue réellement sa rencontre, de procurer un cadre structuré et sécurisant pour le bénévole, et de conseiller le bénévole concernant certaines difficultés rencontrées auprès de l'âgé. De plus il est possible de motiver souvent le bénévole à se servir de l'activité magnétophone pour animer ses visites, de rappeler l'objectif d'autonomie de l'âgé visé par le projet, et finalement de contrôler les absences des bénévoles et le cas échéant, les remplacer.

Il est à noter que la plupart des bénévoles viennent une fois par semaine à raison d'une heure. En moyenne, toutefois, certains bénévoles visitent leur âgé deux fois certaines semaines, événement toujours bien accueilli de la part du visité!

Parallèlement au travail du bénévole, un des expérimentateurs effectue une visite hebdomadaire auprès de chacun des âgés, afin de vérifier si chacun est satisfait de sa relation avec le bénévole.

Au bout de dix semaines, les sujets du groupe expérimental sont soumis une seconde fois au test de Beck. De plus un questionnaire de nature plus subjective est posé à l'âgé lui-même, au bénévole et à un membre du personnel (si l'âgé est en institution), afin de déceler ce qu'a apporté le projet à chacun des âgés en terme de changement(s), d'avantage(s) et de désavantage(s). Ce même questionnaire veut vérifier de même si un tel genre de projet est dérangeant pour le personnel des établissements, et sous quelles conditions devrait s'orienter une telle expérience si elle était poursuivie. (voir appendice F)

La démarche entreprise à l'été '86 avec le groupe contrôle est bien plus simple à décrire. Les critères de sélection des sujets étant les mêmes, il suffisait de soumettre les personnes âgées au test de Beck, en sauvegardant un intervalle de dix semaines entre le test et le retest.

Mesures utilisées

Questionnaire de renseignements généraux

Le premier instrument est un questionnaire de renseignements généraux administré à tous les âgés. Il représente un outil visant à connaître divers renseignements personnels tels l'âge, le sexe, le statut marital, le lieu de résidence, ..., nécessaires au traitement des données (voir appendice G).

Questionnaire de Beck

Comme il est mentionné précédemment, le questionnaire de Beck est utilisé comme mesure de dépression, avant et après l'expérience de dix semaines où l'âgé bénéficie du tandem bénévole-magnétophone (voir appendice H).

C'est en 1961 que Beck et ses collaborateurs publient un questionnaire spécifiquement destiné à l'étude des dépressions appelé «Depression Inventory».

Ce dernier est composé de 21 items qui furent élaborés ainsi:

Les auteurs ont choisi un groupe d'attitudes et de symptômes qui paraissaient spécifiques des malades déprimés, et qui correspondaient d'autre part aux descriptions de la dépression dans la littérature psychiatrique. De cette manière, ils construisirent un questionnaire composé de 21 catégories de symptômes et d'attitudes. Chaque catégorie décrit une manifestation comportementale spécifique de la dépression, et consiste en une série graduée de quatre ou cinq propositions d'auto-évaluation. Les propositions sont rangées de manière à refléter le degré de sévérité du symptôme depuis la neutralité jusqu'au maximum de sévérité.

Des valeurs numériques de 0 à 3 sont assignées à chaque proposition de manière à indiquer le degré de sévérité. Dans plusieurs catégories, deux propositions sont données pour un même degré de sévérité et sont notées de la même manière. Ces propositions équivalentes sont désignées par a et b (par exemple 2a et 2b), pour indiquer qu'elles se situent au même niveau. Les items ont été choisis sur la base de leur relation avec les manifestations cliniques extérieures des dépressions et ne reflètent aucun point de vue théorique concernant l'étiologie ou les processus psychologiques sous-jacents. Les catégories de symptômes sont les suivantes:

- 1 : Humeur
- 2 : Pessimisme
- 3 : Sentiment d'échec
- 4 : Insatisfaction
- 5 : Sentiment de culpabilité
- 6 : Sentiment de punition
- 7 : Haine de soi-même
- 8 : Auto-accusations
- 9 : Désirs de suicide
- 10 : Pleurs
- 11 : Irritabilité

- 12 : Repliement
- 13 : Indécision
- 14 : Image du corps
- 15 : Inhibition pour le travail
- 16 : Trouble du sommeil
- 17 : Fatigabilité
- 18 : Perte d'appétit
- 19 : Perte de poids
- 20 : Préoccupations somatiques
- 21 : Perte de libido

(Delay, 1963, p. 498-499)

Le sujet indique la proposition qui correspond le plus à son état actuel. Le score total est obtenu en additionnant les valeurs numériques correspondant à chacune des propositions choisies par le sujet. Un score total de 0 à 9 indique une absence de dépression. De 10 à 15, on parle de dépression légère; de 16 à 19, légère modérée, de 20 à 29, modérée grave et finalement de 30 à 63, on considère la dépression comme grave.

Les auteurs stipulent que la note totale à ce questionnaire indique la profondeur subjective de la dépression. Au plan métrologique, voici ce qui ressort quant à la fidélité et la validité de l'instrument.

La fidélité du questionnaire de Beck

Il serait difficile d'évaluer la fidélité de cet inventaire par la méthode test-retest, ce fait étant imputable aux variations dites spontanées ou thérapeutiques de la symptomatologie entre les deux applications successives. La méthode de partage par moitié paire-impaire

donne un coefficient de .86 au dire de Beck (.93 après correction de l'atténuation par la formule de Spearman-Brown).

Beck et son équipe ont calculé l'homogénéité de l'épreuve sur 200 sujets. Ainsi ils ont comparé la note de chaque item à la note totale au questionnaire pour chaque individu, en utilisant l'analyse non paramétrique de variance par rang suivant le test de Kruskal-Wallis. Toutes les relations se sont montrées significatives au-delà du seuil de $p < .001$, sauf pour la catégorie 19 (perte de poids) le degré de signification étant ici de .01.

Récemment, Gallagher et al. (1982) confirment la fidélité du Beck auprès de la population de 60 ans et plus. Selon eux deux conclusions s'imposent. Premièrement le B.D.I. (Beck Depression Inventory) a une consistance interne et une stabilité suffisante pour être utilisé au sein de recherches impliquant des âgés. Deuxièmement le B.D.I. semble un outil de sélection clinique respectable auprès de la même population.

Dans une récente investigation psychométrique des formes standard et abrégée, Reynolds et Gould (1981) tels que cités par Gauthier et al. (1983), obtiennent des coefficients de consistance interne de .85 et .83 respectivement. De plus ces mêmes auteurs précisent que contrairement aux critiques généralement énoncées pour ce genre de questionnaire, la validité du B.D.I. ne semble pas être affectée par le phénomène de l'indésirabilité sociale de certains items.

La validité du questionnaire de Beck

La validité du présent questionnaire a été appuyée par nombre d'études, celles-ci ayant comme critères de mesure l'évaluation clinique et/ou les tests psychométriques. Des études produites dans trois centres de recherche avec des échantillons différents et des procédures psychiatriques variées ont rapporté des corrélations significatives et assez similaires entre le résultat du questionnaire et le jugement clinique (i.e. .61, .65, .66 et .67).

Sa validité fut mise en évidence lors d'une autre série d'études rapportées par Gauthier et al. (1983) où des corrélations de .61, .65 et .66 furent trouvées entre le B.D.I. et des estimations de l'intensité de la dépression faites par des cliniciens indépendants (Metcalfe et Goldman, 1965; Nussbaum, Witting, Hanlon et Kirkland, 1963). De plus, Williams, Barlow et Agras (1972) ont observé une corrélation de .67 entre le B.D.I. et une mesure comportementale des états dépressifs; une corrélation de .82 fut trouvée, en comparaison avec le Hamilton Rating Scale (Hamilton, 1960).

Il semble que ce test soit aussi capable de détecter les changements cliniques de la profondeur de la dépression.

La validité du Beck est reconnue aussi quand on le compare à d'autres tests mesurant la dépression. Ainsi on note des corrélations

La validité du questionnaire de Beck

La validité de concours du présent questionnaire a été appuyée par nombre d'études, celles-ci ayant comme critères de mesure l'évaluation clinique et/ou les tests psychométriques. Des études produites dans trois centres de recherche avec des échantillons différents et des procédures psychiatriques variées ont rapporté des corrélations significatives et assez similaires entre le résultat du questionnaire et le jugement clinique (i.e. .61, .65, .66 et .67).

Sa validité fut mise en évidence lors d'une autre série d'études rapportées par Gauthier et al. (1983) où des corrélations de .61, .65 et .66 furent trouvées entre le B.D.I. et des estimations de l'intensité de la dépression faites par des cliniciens indépendants (Metcalfe et Goldman, 1965; Nussbaum, Witting, Hanlon et Kirkland, 1963). De plus, Williams, Barlow et Agras (1972) ont observé une corrélation de .67 entre le B.D.I. et une mesure comportementale des états dépressifs; une corrélation de .82 fut trouvée, en comparaison avec le Hamilton Rating Scale (Hamilton, 1960).

Il semble que ce test soit aussi capable de détecter les changements cliniques de la profondeur de la dépression.

La validité du Beck est reconnue aussi quand on le compare à d'autres tests mesurant la dépression. Ainsi on note des corrélations

respectives de .75 et de .40 à .66 avec l'échelle de dépression (D-Scale) du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) et le Lubin Check List.

La validité de construit fut soutenue aussi. Beck (1967) présente son construit dépression comme un état anormal de l'organisme, manifesté par des signes et des symptômes physiologiques et psychologiques spécifiques, pouvant varier en terme de gravité. Les prédictions associées à sa théorie se résument comme suit:

...les patients les plus déprimés ont eu des expériences de vie durant la période développementale qui les prédisposent à la dépression et sont susceptibles 1) d'avoir des rêves «masochistes» (thème de perte, menace); 2) d'avoir un concept de soi négatif; 3) de s'identifier comme un perdant; 4) d'avoir subi une privation durant l'enfance qui les prédispose à la dépression; 5) d'avoir une faible estime de soi et un fort sentiment de désespoir. (Doucet, 1983, p. 39)

Il est admis que le questionnaire de Beck s'avère un outil clinique pouvant être utilisé auprès des populations psychiatriques. Toutefois certaines applications furent faites en milieux normaux, notamment auprès d'universitaires (Bumberry et al. 1978) et de personnes âgées retraitées de type intellectuels et manuels (Allaire, 1982).

Outre ses diverses qualités métrologiques, le B.D.I. possède un champ d'application des plus diversifiés. Tel que cité par Gauthier et al. (1982), Nelson (1981) recommande son utilisation comme mesure

dépendante dans les études de cas. Johnson et Heater (1975) ont mis en évidence la sensibilité de cet instrument pour déceler les changements chez un sujet dépressif au cours du processus thérapeutique.

Adaptation française du questionnaire de Beck

Jusqu'à tout récemment les recherches utilisant le Beck s'inspiraient de traductions dérivées de la version originale de 1961. Gauthier, Thériault, Morin et Lawson (1982) dans une étude ont traduit le B.D.I. et ont recueilli des données pouvant permettre une description psychométrique de la version française de ce questionnaire, version ayant été utilisée dans cette présente recherche (voir appendice H).

Gauthier et al. présentent le compte rendu de 266 personnes sélectionnées au hasard à même le bottin téléphonique de la région de Québec, ayant retourné par la poste la version française du B.D.I. L'analyse factorielle du questionnaire met en évidence trois principaux modes d'expression des états dépressifs, si l'on regroupe ensemble certains items spécifiques du questionnaire: «affect négatif envers soi», «difficultés physiologiques ou somatiques» et «troubles d'humeur». Selon Pehm (1976), ces distinctions s'avèrent particulièrement importantes dans le cas de thérapies où des classes de réponses spécifiques constituent la cible d'intervention (Gauthier et al. 1982).

L'étude de la consistance interne révèle un coefficient alpha de .82 pour la forme standard. Le coefficient de fidélité test-retest

est de .75 pour une période de trois mois. En raison des différences significatives entre le score des hommes et des femmes, des normes distinctes furent établies.

En résumé, ce projet réalisé en deux étapes, comprend des gens âgés de tous les milieux, dépressifs et isolés, répartis en deux groupes: un groupe contrôle ne comportant aucun traitement et un groupe expérimental bénéficiant d'un traitement bénévole-magnétophone.

Le nombre de bénévoles fut déterminant en ce qui a trait au nombre de personnes âgées ayant bénéficié de l'expérience. De plus les bénévoles eurent un rôle actif tout au long de l'expérience. Conséquemment, information et supervision leur furent disponibles, afin de maximiser l'utilisation du magnétophone auprès de l'âgé.

Le schéma de la recherche s'étend sur une durée de dix semaines et les personnes âgées sont soumises à la version française du Beck élaborée par Gauthier et al. avant et après l'expérience.

Chapitre III

Analyse des résultats et discussion

Analyse des résultats et discussion

Il s'avère important à ce point de rappeler au lecteur que l'hypothèse retenue dans cette étude est la suivante: il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée esseulée, suite à l'utilisation du magnétophone et à l'assistance d'un bénévole.

Quant à l'adaptation française du test de Beck, elle se compose de 21 catégories de symptômes et d'attitudes. Un score total de 0 à 9 indique une absence de dépression. De 10 à 15, on considère la dépression légère; de 16 à 19, légère modérée; de 20 à 29 modérée sévère et finalement de 30 à 63, sévère. Bien que les 21 items soient reliés à la dépression, Gauthier et al. (1982) ont identifié trois facteurs principaux de la dépression regroupés ainsi: 1) «affect négatif envers soi» (v.g. sentiment d'échec, culpabilité, attente de punition, antipathie de soi; rf. aux items 3, 5, 6 et 7) 2) «difficultés physiologiques ou somatiques» (v.g. insomnie, fatigue, anorexie, préoccupations somatiques; rf. aux items 16, 17, 18, 20) 3) «trouble d'humeur» (v.g. tristesse, pessimisme, irritabilité; rf. aux items 1, 2, 11).

Analyse des résultats

Les résultats bruts obtenus pour le questionnaire de Beck sont illustrés à l'appendice I au tableau 3. En observant la moyenne des scores des groupes contrôle et expérimental au pré-test de Beck, nous doutons de l'équivalence du groupe expérimental ($\bar{X} = 31.567$) et du groupe contrôle ($\bar{X} = 20.107$).

Ce manque d'équivalence entre les deux groupes s'explique assez bien quand on réfléchit au type de sélection qui se fit implicitement par le personnel des établissements avant l'expérimentation. Ainsi, pour le groupe expérimental, on nous réfère des gens dépressifs et isolés, mais ayant conservé assez de capacités résiduelles pour actionner un magnétophone. Quant au groupe contrôle, il est formé par les personnes non sélectionnées l'année précédente. Par le fait même, elles se trouvent davantage en perte d'autonomie.

Les données de l'expérience sont soumises à une analyse de variance à mesures répétées (pré, post). Un seuil α de .05 est choisi à priori pour déterminer la signification des tests.

Par le biais d'un test t, une vérification de l'équivalence des groupes expérimental et contrôle au pré-test est effectuée (voir le tableau 1). En comparant les moyennes des deux groupes au Beck avant le traitement, on remarque que globalement les deux groupes sont significativement différents ($t = -4.22$, $p = .000$). Ainsi le groupe contrôle témoigne

d'un niveau de dépression sévère ($\bar{X} = 31.5667$), tandis qu'on parle de dépression modérée sévère pour le groupe expérimental ($\bar{X} = 20.1071$).

Si l'on regarde plus en détail les différences entre les scores moyens des trois grandes composantes dépressives élaborées par Gauthier et al. (1982), on remarque que les groupes, expérimental et contrôle, diffèrent significativement au plan des «affects négatifs envers soi» ($t = -4.43$, $p = .000$) et des «troubles de l'humeur» ($t = -4.16$, $p = .000$).

Tableau 1

Comparaison du groupe expérimental et contrôle
pour l'ensemble du pré-test au Beck et pour
trois composantes spécifiques de dépression

Variables	Nombre de cas	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Test de la variance		Degré de signification			
					F	P	T	Degrés de liberté	P	
Total au pré-test	Groupe 1	28	20.1071	7.480	1.414	2.88	.007	-4.22*	47.54	.000
	Groupe 2	30	31.5667	12.689	2.317					
Affects négatifs envers soi au pré-test	Groupe 1	28	1.6429	1.682	.318	4.44	.000	-4.43*	42.06	.000
	Groupe 2	30	4.8333	3.544	.647					
Difficultés physiologiques ou somatiques au pré-test	Groupe 1	28	5.3929	2.315	.437	1.86	.110	-1.74	56	.087
	Groupe 2	30	6.6667	3.155	.576					
Troubles d'humeur au pré-test	Groupe 1	28	2.8214	2.019	.382	1.01	.991	-4.16*	56	.000
	Groupe 2	30	5.0333	2.025	.370					

* p < .05

Groupe 1 : expérimental
 Groupe 2 : contrôle

Cependant les deux groupes semblent équivalents en regard à la composante «difficultés physiologiques ou somatiques» ($t = -1.74$, $p = .087$).

Le constat de non-équivalence des groupes expérimental et contrôle ayant été produit, un test t est effectué afin de percevoir si un changement significatif s'est produit ou non au sein de chacun des deux groupes, après le traitement. Les résultats sont illustrés au tableau 2.

Ainsi il apparaît qu'un changement significatif s'est produit au plan des «difficultés physiologiques ou somatiques» pour le groupe expérimental, chez qui le score moyen pour cette composante a diminué ($t = -2.28$, $p = .031$).

On ne note pas de changement significatif au niveau total ($t = -.39$, $p = .699$) ni au niveau des composantes «affects négatifs envers soi» ($t = .81$, $p = .424$) et «troubles de l'humeur» ($t = -.74$, $p = .464$).

Tableau 2

Comparaison des changements observés dans les groupes expérimental et contrôle pour l'ensemble du Beck et pour les trois composantes spécifiques de dépression.

Variables	Nombre de cas	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Test de la variance		Degré de signification			
					F	P	T	Degrés de liberté	P	
Changement total	Groupe 1	28	-.4643	6.209	1.173	32.88	.000	-.39	28.53	.699
	Groupe 2	30	.0000	1.083	.198					
Changements pour les affects négatifs	Groupe 1	28	.0714	1.052	.199	6.82	.000	.81	34.29	.424
	Groupe 2	30	-.1000	.403	.074					
Changements pour les difficultés physiologiques ou somatiques	Groupe 1	28	-.8929	2.132	.403	44.42	.000	-2.28*	28.14	.031
	Groupe 2	30	.0333	.320	.058					
Changements pour les troubles de l'humeur	Groupe 1	28	-.2143	.995	.188	7.42	.000	-.74	33.72	.464
	Groupe 2	30	-.0667	.365	.067					

* p < .05

Groupe 1 : expérimental
 Groupe 2 : contrôle

Discussion

La discussion des résultats comprend deux parties. La première traite de l'hypothèse générale énoncée dans cette recherche. La seconde partie est consacrée aux changements amenés par la recherche pour les trois composantes dépressives incluses au sein du test de Beck.

Il convient ici de rappeler l'hypothèse de base de la recherche: il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée esseulée, suite à l'utilisation du magnétophone et à l'assistance d'un bénévole.

Si on parle du niveau de dépression global des personnes âgées obtenu au test de Beck, cette hypothèse est infirmée.

Il serait opportun d'observer certains facteurs ayant pu contribuer à ce résultat.

Le premier facteur explicatif provient de la sensibilité de la mesure utilisée. Gauthier et al. (1982) établissent les coefficients de fidélité test-retest du Beck pour une période de trois mois, alors que la présente recherche s'échelonne sur une période de deux mois et demi. En fait dix semaines représentent un laps de temps bien court pour toucher des symptômes de dépression sévères, bien souvent installés depuis des années au sein de la personnalité. A la question 3 du questionnaire de la fin du projet (voir appendice F) «Devrait-on poursuivre une telle expérience? Si oui, à quelles conditions?», plusieurs personnes âgées précisent avoir trouvé que l'expérience n'était pas assez longue...

Un deuxième facteur explicatif non étranger à la brièveté de l'expérimentation, réfère aux données de Woodruff et Walsh telles que résumées par Oyer et Oyer (1975). Ainsi les personnes âgées ont besoin de plus de temps pour apprendre une nouvelle tâche et ne performent pas aussi bien que les jeunes, sous des conditions requérant l'accomplissement d'une tâche dans un temps défini. De plus, rappelons que l'âgé est souvent aux prises avec des réactions d'angoisse face à la nouveauté, phénomènes s'exorcisant souvent à force de patience et de temps. On peut présager que probablement les âgés n'ont pas eu assez de temps pour apprendre le fonctionnement du magnétophone. Les statistiques prônent en faveur de ce fait; ainsi seulement 12/28 personnes (i.e. 42.9%) peuvent utiliser épisodiquement le magnétophone de façon autonome à la fin de l'expérience.

Une troisième source d'explication découle des stratégies d'adaptation spontanées auxquelles les personnes âgées recourent pour lutter contre les sentiments dépressifs. Rappelons que, selon Cappaliez et Blanchet (1986), ce qui différencie les âgés déprimés des non déprimés, se situe au niveau de l'activité générale, en ce sens que cette stratégie est perçue comme plus efficace par les sujets non déprimés. Comme notre expérience favorise la théorie de l'activité comme source de réhabilitation, et que tous les sujets de l'expérience sont jugés déprimés, il est logique de penser que la plupart d'entre eux ont dû opposer des résistances à l'utilisation du magnétophone.

D'autres facteurs davantage reliés à la contribution du bénévole, peuvent jeter un éclairage sur le manque de signification de l'expérience. Ainsi certains bénévoles semblent avoir favorisé un rôle de «visiteur amical» plutôt que le rôle d'«intermédiaire à court terme» que nous visions. Concernant ce premier rôle, rappelons que Margaret et Kiely (1984) expliquent que lorsqu'il y a interruption du projet, on voit souvent apparaître d'une part un sentiment de culpabilité chez le bénévole et d'autre part, un sentiment d'abandon et de délaissement ressenti par l'âgé. Le rôle «d'intermédiaire à court terme» ajoute une nouvelle dimension au rôle de «visiteur amical», en ce sens qu'il invite le bénévole à jouer un rôle d'agent de liaison entre la personne âgée esseulée et son milieu. De plus ce type de bénévolat présente l'avantage que lorsque le bénévole discontinue ses visites amicales, le retraité peut continuer par lui-même à entretenir les bénéfices amorcés par le projet. En fait, il est difficile d'évaluer à quel point les bénévoles ont stimulé l'âgé à utiliser par lui-même son magnétophone pour communiquer avec autrui.

Toujours du côté des bénévoles, on remarque que plusieurs bénévoles s'absentèrent au moins une semaine durant le projet. Même si nous remplacions ces bénévoles, ceci ne fut sûrement pas sans créer un sentiment de discontinuité chez l'âgé.

Notons aussi que la recherche touche des personnes très démunies, au prise avec de graves problèmes de dépression et de lourds handicaps physiques. Ainsi selon les classements institutionnels des degrés

d'autonomie, seulement six âgés (21.4%) du groupe expérimental se classent dans la catégorie A, i.e. «reconnaît le danger et peut s'en sauver». La majorité des participants se classent dans la catégorie B, i.e. «reconnaît le danger mais ne peut s'en sauver», soit 16 individus représentent 57.1% du groupe expérimental. Finalement, six individus (21.4%) appartiennent à la catégorie C, i.e. «ne reconnaît pas le danger et ne peut s'en sauver».

Dans cette même ligne de pensée, tous les âgés ne franchissent pas les trois étapes du projet; ainsi cinq (17.9%) âgés ne goûtent aucunement au contentement relié habituellement à la troisième étape, étape où un message est envoyé à une personne significative ne visitant en général que rarement l'âgé. Cette situation est probablement due, comme nous l'avons souligné précédemment, au fait que la durée de l'expérimentation ne fut pas assez longue. Ainsi le bénéficiaire n'a pu sortir de son état de léthargie sociale pour s'impliquer dans un processus de communication active avec autrui via le magnétophone. Mentionnons que cette étape de l'insertion sociale de la personne esseulée par la communication verbale est celle qui aurait dû normalement produire le plus d'impact sur le comportement dépressif de l'âgé.

En fait, la plupart des âgés de cette recherche accusent un type de communication à sens unique (v.g. on écoute du matériel), ce qui enlève de l'efficacité à la recherche et rejoints la question de l'impact des mass média, impact plutôt moyen, et discutable comme on l'a vu précédemment. Ainsi il est compris que le retest de Beck inclut des gens n'ayant pas profité de toutes les opportunités offertes par le biais du projet.

Si l'on s'attarde maintenant aux résultats obtenus pour les trois grandes composantes dépressives incluses dans le test de Beck, le manque de signification des résultats est atténué. Ainsi la composante «difficultés physiologiques ou somatiques» marque une décroissance significative après le projet.

Selon Pehm (1976), la mise en évidence des trois modes d'expression des états dépressifs: «affect négatif envers soi», «difficultés physiologiques» et «trouble d'humeur», est particulièrement importante dans le cas de thérapies où des classes de réponse spécifiques constituent la cible d'intervention. Ainsi la présente recherche semble s'être attaquée davantage aux problèmes physiques accompagnant la dépression tels le fait de mal dormir, de mal manger, de ressentir des douleurs, ...

Il est possible que l'accroissement du taux d'activité de l'âgé que veut provoquer cette recherche, ne soit pas étrangère à de tels résultats. Ainsi le fait d'apprendre une nouvelle tâche, d'occuper son temps, d'écouter de la musique et de converser avec une personne significative, peut avoir exigé des énergies qui autrement auraient été consacrées à la rumination et aux plaintes de tous genres. Conséquemment, l'âgé peut avoir ressenti ce qu'on appelle communément une «bonne fatigue» pour désigner l'état ressenti après un effort positif.

Comme la plupart des recherches exploratoires, notre investigation soulève beaucoup de questionnements. Ces interrogations touchent autant le plan théorique que le plan méthodologique.

Premièrement, le relevé de la littérature ne discute pas des différences sexuelles pouvant interférer au niveau de la façon de vivre le phénomène de la dépression chez les âgés. Bélanger et Page (1986) appellent «mal féminin» le phénomène de la dépression. Selon ces derniers, les statistiques prouvent que les femmes sont plus dépressives que les hommes. De plus un grand nombre de situations vécues quotidiennement par les femmes contribuent davantage au développement de sentiments d'impuissance et de baisse d'estime de soi.

La théorie de l'activité a été abordée de façon très brève. Il aurait été intéressant aussi de décrire certaines tentatives produites dans ce cadre afin d'augmenter la capacité d'expression des âgés, notamment la danse, le dessin, la production musicale, la zoothérapie, les groupes de discussion (Mémin, 1984), l'exercice physique, etc.

Au plan méthodologique, une des limites les plus importantes d'une recherche «sur le champ» réside dans le manque de contrôle sur les variables indépendantes. Ainsi il est important de conserver une attitude de prudence lors de l'interprétation des résultats. Il devient difficile de parler en terme de causalité, quand plusieurs variables dites intermédiaires peuvent se glisser au cours de l'expérimentation et diminuer l'assurance que les résultats proviennent de notre seul traitement bénévo-le-magnétophone.

Mentionnons aussi que dans un tel projet, il faudrait s'assurer qu'on distingue l'effet des visites de celui des moyens de communication nouveaux et qu'il serait intéressant à l'avenir de choisir un échantillon qui recevrait déjà des visites d'un bénévole. Ceci permettrait d'obtenir un meilleur contrôle de la variable «communication par magnétophone».

Au niveau de l'échantillonnage, le sexe des sujets, la proportion des milieux de provenance auraient dû être les mêmes au niveau des groupes contrôle et expérimental. De plus, comme la variable «lieu de résidence» comporte une distribution inégale, il est difficile de comparer les changements obtenus chez les gens provenant de maisons privées ou des institutions.

Durant l'expérimentation nous aurions dû faire montre d'un plus grand contrôle du temps passé auprès de chaque bénéficiaire afin de contrôler cette variable dans l'analyse des données. Ainsi certains patients voyaient leur bénévole trois heures/semaine, alors que certains ne le voyaient que durant une heure.

Au niveau des mesures écrites utilisées, le questionnaire des renseignements généraux comporte certaines lacunes (voir appendice G). Ainsi les questions 6 et 8 sont formulées de façon trop subjective. Les choix de réponses de ces questions auraient dû comporter des fréquences numériques déterminées à l'avance.

Conclusion

L'objectif général de cette recherche visait l'introduction d'un loisir capable d'augmenter la capacité de communication des personnes âgées isolées. Ce faisant, un des objectifs plus spécifiques de la recherche résidait dans le fait de connaître l'influence d'une telle expérience sur le niveau de dépression de l'aîné.

Les résultats témoignent qu'il n'y a pas d'effet significatif du traitement sur le niveau de dépression général dans le sens d'une diminution de la dépression chez le groupe expérimental. Cependant, on remarque une baisse notable du niveau de dépression dans le groupe expérimental pour une des trois grandes composantes dépressives, soit l'aspect des difficultés physiologiques ou somatiques.

Suite aux investigations entreprises, l'auteur souhaite que l'expérience se poursuive. Une meilleure préparation des bénévoles avant le début de l'expérience ne pourrait qu'améliorer la qualité d'un tel type de recherche.

D'autre part, une recherche qui évaluerait l'impact de l'utilisation du magnétophone sur la dépression aurait tout avantage à utiliser le test de Beck immédiatement avant et après la troisième étape (i.e. communication avec autrui). Ceci permettrait de mesurer l'impact de l'usage du magnétophone, indépendamment de la présence du bénévole.

Conscients du fait qu'un tel projet pouvait créer un nouveau besoin chez l'âgé, des magnétophones furent mis en vente pour les per-

sonnes qui désiraient poursuivre leur expérience de façon autonome (3/28 personnes). De plus, l'hôpital Cooke ayant été particulièrement attirée par les bienfaits à long terme d'une telle recherche, continue l'expérience avec un petit groupe de personnes.

Le rôle d'un appareil tel le magnétophone dans la vie de l'âgé pourrait prendre de l'envergure suite à l'accumulation d'évidences positives en ce domaine. Même que le magnétophone pourrait se parer d'un rôle éducatif important si un genre de journal mensuel sur cassettes était distribué aux âgés, pourquoi pas en même temps que le chèque de pension?

Nous croyons que d'autres expériences pourraient être faites utilisant le tandem bénévole-magnétophone. Toutefois il semble bien que la durée de l'expérimentation devrait être suffisamment longue pour pouvoir mettre en évidence les bases de ce qui pourrait devenir la «magnétothérapie».

Appendice A

Feuille-repère pour magnétophone

LÉGENDE 123456

des utilisateurs du magnétophone :

sortir ou entrer: (jaune) 

faire jouer : (rouge) 

reculer : (bleu) 

arrêter : (vert) 

avancer : (blanc) 

enregistrer : (rouge) 

Appendice B

Listes de cassettes empruntées
à la Bibliothèque
Municipale de Trois-Rivières

Romans-Contes-Nouvelles, etc.

No

- C0620 BALZAC, Honoré de. La fille aux yeux d'or. Lu par Claude Lemieux.
- C0896 BECK, Béatrix. Léon Morin prêtre. Lu par Cécile Germain.
- C0570 BOULLE, Pierre. Le pont de la rivière Kwai. Lu par Cécile Germain.
- C0973 CARRIER, Rock. Il n'y a pas de pays sans grand-pères. Lu par Rock Carrier.
- C0357 GREENE, Graham. Orient-Express. Lu par Carmen Jolin.
- C0211 FRANCE, Anatole. Le livre de mon ami. Lu par Carmen Jolin.

Biographies et entretiens

- C0103 BERRUER, Pierre. Bourvil: du rire aux larmes. Lectrice: Germaine Deschênes.

Divers

- C0199 CHAPUT, Jean-Marc. Aller au bout de soi.

Appendice C

Banque de cassettes autres que
celles énumérées à l'appendice B

Cassettes musicales - chanteurs populaires demandés par les personnes âgées

- Georges Guétari
- Ginette Reno
- Nat Kingcole
- Paul Mauriat
- Lewis Armstrong
- Sidney Bechet
- Paolo Noël
- Fernand Gignac
- Le Soldat Lebrun
- Renée Martel
- Michel Louvain
- Les Gérolas
- Nana Mouskouri
- Aimé Major
- Jean-Pierre Ferland
- Julio Iglesias
- Edith Butler
- Jean Lapointe
- Divers chanteurs populaires québécois et français réunis sur un même disque. Ex.: Starmania.

ETC.

Autres catégories musicales demandées par les personnes âgées
(quoique plus rarement)

- Western
- Cadrilles - Reels - Pool Jones
- Musique classique Ex.: Mozart
- Opéra

Cassettes musicales préparées à l'intention des organismes
s'occupant des personnes âgées

«Hier c'est encore aujourd'hui». Divertissement musical des années trente.
 MAS Gouvernement du Québec. Vol. 1 et 2.

Cassettes religieuses

«Jean-Paul II à Notre-Dame-du-Cap». Editions R.M., Sanctuaire Notre-Dame-du-Cap.

Enregistrement et duplication: Duoson Inc. Shawinigan (Qué.).

Neuvaine de l'Assomption «Oui je crois». Lundi, 13 août 1984. «... à la sainte Eglise catholique, à la communion des saints, à la rémission des péchés...» par André-Paul O.M.I. Editions R.M., 622 rue Notre-Dame, Cap-de-la-Madeleine, 1984. Enregistrement: Duoson Inc.

Autres

Histoire de la ville de Trois-Rivières racontée par un des bénévoles, historien: Conrad Godin.

Monologue: La Sagouine

Projet «Entre TOI et MOI». Echantillon d'une revue sur cassette tenté en août '83 au laboratoire de gérontologie de l'U.Q.T.R. à l'aide d'une subvention de la Société John Labatt Ltée.

Appendice D

Feuille-résumé des trois étapes du projet, remise aux bénévoles

Directives pour le projet d'utilisation
du magnétophone chez les personnes âgées

Trois étapes principales

1) Création d'un climat de confiance entre le bénéficiaire et le bénévole. Pour ce faire, une ou deux rencontres sont suggérées sans apporter le magnétophone. Pendant cette période, le bénévole demande quel genre de cassette la personne âgée aimerait entendre. Aussi pendant que le bénévole a le magnétophone chez lui, il peut enregistrer un court message («l'essai») dans le but de le donner au bénéficiaire qui devra répondre par le biais de la même cassette (à la suite du court message du bénévole).

2) Montrer comment fonctionne le magnétophone au patient afin de favoriser le plus possible qu'il l'utilise seul sans l'aide de son bénévole pendant la semaine. Dans cette étape le patient doit être MOTIVE à faire deux choses: 1) écouter les cassettes de son choix (c'est-à-dire musique, prières, littérature, genres humoristiques tels le «Père Gédéon», «Jean-Marc Chaput», etc.); 2) s'exercer à répondre aux messages du bénévole en ayant pris soin auparavant de faire une pratique dans la chambre du patient lors d'une des rencontres (selon le rythme propre au patient) hebdomadaires. Le nombre de pratiques est laissé à la discrétion du bénévole mais il est TRES IMPORTANT de CONSERVER tous les messages sur la

cassette vierge et ce, afin de voir l'évolution psychologique du bénéficiaire (afin d'éviter toute perte d'un message, nous suggérons au bénévole d'ÉCRIRE TOUS les messages sur la feuille destinée à cette FIN. Au cours de cette étape, le bénévole doit aussi s'informer avec qui le patient aimeraient communiquer dans la troisième étape (ex.: personne que le patient ne voit pas ou ne voit plus beaucoup, etc.).

3) Dans cette troisième étape, il s'agit de préparer avec le patient la communication qu'il enverra à l'extérieur (soit en écrivant le message, en suggérant des idées au patient, etc.) afin d'obtenir une réponse de la personne qu'aura choisie le patient, toujours A LA SUITE SUR LA MEME CASSETTE.

N.B. Il est important de nous donner le nom et l'adresse de la personne choisie par le patient aussitôt que vous le pouvez, pour que nous ayions le temps de prendre les arrangements avec cette personne (par courrier ou téléphone). Si possible nous invitons le bénévole à rejoindre lui-même la personne pour lui expliquer le projet.

Durée de chaque étape

Etape 1 : Du 24 juin au 5 juillet

Etape 2 : Du 8 juillet au 2 août

Etape 3 : Du 5 août au 16 août (le message du patient partant le 5 août ou avant et la dernière semaine servant à écouter la réponse au message du patient).

BONNE CHANCE!...

N.B. N'oubliez pas de venir nous voir à notre bureau après chacune de vos rencontres (pour la rotation des cassettes et le court rapport).

Appendice E

Fiche d'observation du bénévole

FICHE D'OBSERVATION POUR LE BENEVOLE

Nom du bénévole:

Nom du bénéficiaire rencontré:

Date:

Heure:

Durée:

Qu'avez-vous fait aujourd'hui?

Difficultés rencontrées:

Remarques:

Appendice F

Questionnaire de la fin

Nom de l'interrogé:

Rôle auprès du patient:

Nom du bénéficiaire:

QUESTION No:

1. Ce qu'a apporté le projet au patient (éléments de réponse: avantage(s), désavantage(s), changement(s), ...).
 2. Est-ce qu'un tel projet est dérangeant pour le personnel de l'établissement?
 3. Devrait-on poursuivre une telle expérience? Si oui, à quelles conditions?

Appendice G

Questionnaire de renseignements généraux

CONSIGNES AU BENEFICIAIRE ET A L'EXPERIMENTATEUR

Il s'agit d'inscrire dans la case de droite le numéro correspondant au choix du bénéficiaire.

Consignes au bénéficiaire: Il s'agit d'écouter attentivement chaque question. Ce questionnaire est absolument confidentiel. Certains mots sont compliqués; il ne faut pas hésiter à poser des questions sur le sens des mots si nécessaire.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1- Nom _____

--	--

1 2

2- Sexe 1) Masculin

--

3

2) Féminin

3- Age 0) Moins de 55 ans

--

4

1) 55 à 59 ans

2) 60 à 64 ans

3) 65 à 69 ans

4) 70 à 74 ans

5) 75 à 79 ans

6) 80 à 84 ans

7) 85 à 89 ans

8) 90 ans et plus

4- Etat civil 1) Marié(e) ou remarié(e)

--

5

2) Célibataire

3) Veuf(ve)

4) Séparé(e)

5) Divorcé(e)

6) Autres

- 5- Mon conjoint est encore vivant 1) Oui 6
 2) Non
- 6- Je le vois encore 1) Très souvent 7
 2) Assez souvent
 3) Rarement
 4) Jamais
- 7- Nombre d'enfant(s) 8 9
- 8- Si vous avez des enfants, vous les voyez...
 1) Très souvent 10
 2) Assez souvent
 3) Rarement
 4) Jamais
- 9- Milieu de résidence 1) Hopital 11
 2) Foyer
 3) A la maison
 4) Autre
- 10- Il y a quelqu'un qui demeure avec moi dans ma chambre ou à la maison:
 Nombre: _____ 12 13
- 11- Depuis quand demeurez-vous à votre lieu de résidence actuel? 14
 1) Moins d'un an 6) Entre 5 et 10 ans
 2) Entre 1 et 2 ans 7) Plus de 10 ans
 3) Entre 2 et 3 ans
 4) Entre 3 et 4 ans
 5) Entre 4 et 5 ans

Appendice H

Adaptation française du
«Beck Depression Inventory»

Inventaire de Beck

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases.

Pour chacun des groupes :

- 1) lisez attentivement **toutes** les phrases ;
- 2) placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

		SCORE*
1.	<input type="checkbox"/> Je ne me sens pas triste.	0
	<input type="checkbox"/> Je me sens morose ou triste.	1
	<input type="checkbox"/> Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.	2
	<input type="checkbox"/> Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.	2
	<input type="checkbox"/> Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	3
2.	<input type="checkbox"/> Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.	0
	<input type="checkbox"/> Je me sens découragé(e) à propos du futur.	1
	<input type="checkbox"/> Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.	2
	<input type="checkbox"/> Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.	2
	<input type="checkbox"/> Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.	3
3.	<input type="checkbox"/> Je ne sens pas que je suis un échec.	0
	<input type="checkbox"/> Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.	1
	<input type="checkbox"/> Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.	2
	<input type="checkbox"/> Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.	2
	<input type="checkbox"/> Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	3
4.	<input type="checkbox"/> Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).	0
	<input type="checkbox"/> Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.	1
	<input type="checkbox"/> Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.	1
	<input type="checkbox"/> Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.	2
	<input type="checkbox"/> Je suis mécontent(e) de tout.	3
5.	<input type="checkbox"/> Je ne me sens pas particulièrement coupable.	0
	<input type="checkbox"/> Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.	1
	<input type="checkbox"/> Je me sens plutôt coupable.	2
	<input type="checkbox"/> Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.	2
	<input type="checkbox"/> Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.	3
6.	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).	0
	<input type="checkbox"/> J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.	1
	<input type="checkbox"/> Je sens que je suis ou serai puni(e).	2
	<input type="checkbox"/> Je sens que je mérite d'être puni(e).	3
	<input type="checkbox"/> Je veux être puni(e).	3

7. Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. 0 □
 Je suis déçu(e) de moi-même. 1a
 Je ne m'aime pas. 1b
 Je suis dégoûté(e) de moi-même. 2 7
 Je me hais. 3
8. Je ne sens pas que je suis pire que les autres. 0 □
 Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. 1
 Je me blâme pour mes fautes. 2
 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal. 3 8
9. Je n'ai aucune idée de me faire du mal. 0
 J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrai pas à exécution. 1 □
 Je sens que je serais mieux mort(e). 2
 Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). 2
 J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. 3 9
 Je me tuerais si je le pouvais. 3
10. Je ne pleure pas plus que d'habitude. 0 □
 Je pleure plus maintenant qu'auparavant. 1
 Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. 2
 Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. 3 10
11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. 0
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. 1 □
 Je me sens irrité(e) tout le temps. 2
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. 3 11
12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. 0 □
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. 1
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. 2
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. 3 12
13. Je prends des décisions aussi bien que jamais. 0 □
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. 1
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. 2
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. 3 13
14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. 0 □
 Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. 1
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. 2 14
 Je me sens laid(e) et répugnant(e). 3
15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. 0 □
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. 1
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. 1
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. 2
 Je ne peux faire aucun travail. 3 15

SCORE*

16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude. 0
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. 1
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. 2
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures. 3 16
17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 0
 Je me fatigue plus facilement qu'avant. 1
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit. 2
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. 3 17
18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude. 0
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 1
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 2
 Je n'ai plus d'appétit du tout. 3
19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement. 18
 J'ai perdu plus de 5 livres. 0
 J'ai perdu plus de 10 livres. 1
 J'ai perdu plus de 15 livres. 2
 3 19
20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. 0
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. 1
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. 2
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. 3 20
21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 0
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. 1
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. 2
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. 3 21

* Il s'agit ici de la clef de correction du questionnaire. Cette dernière ne doit pas apparaître sur les copies utilisées pour fins d'administration.

Appendice I

Données brutes au test de Beck

Tableau 3

Résultats bruts au questionnaire de Beck

Sujets	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
1	15	30	1	21
2	17	18	2	35
3	14	10	3	24
4	12	17	4	31
5	21	18	5	18
6	14	01	6	61
7	27	23	7	22
8	26	21	8	17
9	12	09	9	34
10	29	23	10	25
11	26	26	11	49
12	22	12	12	54
13	40	40	13	27
14	19	24	14	38
15	36	41	15	20
16	14	15	16	15
17	17	17	17	62
18	11	10	18	40
19	29	28	19	21
20	16	10	20	34
21	29	46	21	36
22	17	17	22	44
23	15	15	23	23
24	17	19	24	35
25	14	11	25	40
26	15	15	26	33
27	18	19	27	27
28	21	16	28	19
			29	14
			30	28
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	20.107	19.643	31.567	31.567

Remerciements

L'auteur remercie monsieur Raymond Champagne, Ph.D., professeur au Département de Psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour toute la motivation fournie comme directeur de mémoire.

L'auteur désire aussi également exprimer toute sa gratitude à Julie Bourassa, étudiante, ainsi qu'à madame Lise Gauthier, pour le support fourni lors de l'analyse des données.

Références

- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., et TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulations. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- ALLAIRE, J.P. (1982). La dépression en rapport avec les retraités intellectuels et manuels. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- BATESON, G., BIRDWHISTELL, R., GOFFMAN, E., HALL, E.T., JACKSON, D., SCHEFLEN, A., SIGMAN, S., WATZLAWICK, P. (1981). La nouvelle communication. Paris : Seuil.
- BECK, A.T. (1967). Depression: cause and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1974). The psychology of depression: contemporary theory and research. New York: Winston-Wiley.
- BECKHAM, E.E., ADAMS, R.L. (1984). Coping behaviour in depression: report on a new scale. Behaviour Research & Therapy, 22, 71-75.
- BELANGER, G., PAGE, C. (1986). La dépression. Un mal féminin. Nursing Québec, 6, (6), 44-48.
- BIRREN, J.E., WOODRUFF, D.S. (1975). Aging: scientific perspectives and social issues. New York: Litton Educational Publishing.
- BLAZER, D., W. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. American Journal of Psychiatry, 137, 439-444.
- BLAZER, D. (1982). The epidemiology of late life depression. Journal of the American Geriatrics Society, 30, 587-592.
- BOTWINICK, J. (1979). Aging and behaviour. New York: Springer.
- BRINK, T.L. (1979). Geriatric Psychotherapy. New York: Human Sciences Press.
- BUMBERRY, W., OLIVER, J.M., McCLURE, J.N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. Journal of consulting and clinical psychology, 46, 150-155.

- BUTLER, R., LEWIS, M. (1982). Aging and mental health. St.Louis: C.V. Mosby.
- CAPPALIEZ, P., BLANCHET, D. (1986). Les stratégies d'adaptation des personnes âgées aux prises avec des sentiments dépressifs. La revue canadienne du vieillissement, 5, (2), 125-134.
- CHATELOIS, J., RENASEAU-LECLERC, C. (1980). Considérations neuro-psychologiques sur le vieillissement normal et pathologique. Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, 5, (2), 41-58.
- CLARK, L., BAKER, J. (1975). Volunteer training: a study of community practice. Volunteer center of metropolitan Toronto, 30-39.
- COWEN, E.L. (1975). A college student volunteer program in the elementary school setting. Community mental health journal, 2.
- CRAIGHEAD, W.E. (1980). Away from a unitary Model of Depression. Behavior therapy, 11, 122-128.
- DELAY, J. (1963). La nosologie des états dépressifs. Rapports entre l'étiologie et la sémiologie. Résultats du Questionnaire de Beck. Encéphale, 52, 497-505.
- DOUCET, A. (1983). Influence de l'insertion de la personne âgée, dans un milieu scolaire, sur son niveau de dépression et d'anxiété. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- DULUDE, L. (1978). Vieillir au féminin. Ottawa: Conseil consultatif de la situation de la femme.
- DUPLANTIE, A., HEBERT, B. (1981). La dépression et la personne âgée. L'infirmière canadienne, 1, 24-29.
- ELKOWITZ, E.B., VIRGINIA, A.T. (1980). Relationship of depression to physical and psychological complaints in the widowed elderly. Journal of the American geriatric Society, 28, 507-510.
- EPSTEIN, L.J. (1978). Anxiolytics, antidepressants and neuroleptics in the treatment of geriatric patients. In M. Lipton, A. Dimascio and K. Killman (Eds.), Psychopharmacology: a generation of progress. New York: Raven Press.
- FRERICHS, R.R., ANESHENSEL, D.S., CLARK, V.A. (1981). Prevalence of depression in Los Angeles County. American Journal of Epidemiology, 113, 691-699.
- GALLAGHER, D., NIES, G., THOMPSON, L.W. (1982). Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, (1), 152-153.

- GAUTHIER, J., THERIAULT, F., MORIN, C., LAWSON, J.S., Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue Québécoise de Psychologie, 3, (2), 13-27.
- GELLMAN, C. (1976). Comment comprendre sa dépression. Paris: Le hameau.
- GOLDSTEIN, S.E. (1979). Depression in the elderly. Journal of the American geriatrics Society, 27, 38-42.
- GRANEY, M.J. (1974). Media Use as a Substitute Activity in Old Age. Journal of Gerontology, 29 (3), 322-324.
- GUILHOT, M.A., GUILHOT, J., JOST, J., LECOURT, E. (1979). La musicothérapie et les nouvelles méthodes d'association des techniques. Paris : ESF.
- GUILLEMARD, A.M., LENOIR, R. (1974). Retraite et échange social. Paris : C.E.M.S.
- HARRIS, L. et al. (1975). The Myth and Reality of Aging in America. National Concil on the Aging.
- JACOBY, R.J. (1981). Depression in the elderly. British journal of hospital medecine, 25, 40.
- JOHNSON, D.A., HEATHER, B.B. (1974). The sensitivity of the Beck Depression Inventory to changes of symptomatology. British Journal of Psychiatry, 125, 184-185.
- KASL, S. (1972). Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly: A review. American Journal Public Health, 62, 377-384.
- KNIGHT, B. (1978-79). Psychotherapy and behavior change with the non-institutionalized aged. International Journal Aging & Human Development, 9, 221-236.
- LANDONI, G., CIOMPI, L. (1971). Etudes statistiques sur l'âge de prédiction des troubles dépressifs. L'évolution psychiatrique, 36, 583-605.
- LAUZON, J.S. (1980). Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement. Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, 5, (2), 3-11.
- LEVY, S., DEROGATIS, L., GALLAGHER, D. et GATZ, M. (1980). Intervention with older adults, Aging in the 1980's: Psychological issues.

- LEWINSON, P.M. (1974). The psychology of depression: contemporary theory and research. New York: Winston-Wiley.
- LOWENTHAL, M.F., HAVEN, C. (1968). Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. American sociological review, 33, 20-30.
- MARTIN, L., KIELY, M.C. (1984). Le bénévolat: un lien entre des personnes âgées et la communauté. Les cahiers de l'ACFAS, 24, 50-72.
- MEMIN, C. (1984). Projet de vie avec les personnes âgées en institution. Paris: Le Centurion.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1979). Les services à domicile: politique du Ministère des Affaires Sociales. Bibliothèque Nationale du Québec, 6-27.
- MURPHY, E. (1982). Social Origins of Depression in Old Age. British Journal of Psychiatry, 141, 135-142.
- NEUMANN, J.K. (1981). Self-Help depression treatment: An Evaluation of an Audio Cassette Program with Hospitalized Residents, The Behaviour Therapist, 4, (4), 15-16.
- OPPEGARD, K., HANSSON, R.O., MORGAN, T., INDART, M., CRUTCHER, M., HAMPTON, P. (1984). Sensory Loss, Family Support, and Adjustment Among the Elderly. The Journal of Social Psychology, 123, 291-292.
- OYER, H.J., OYER, E.J. (1976). Aging and communication. Baltimore: University Park Press.
- PEHM, L.P. (1976). Assessment of depression. In M. Hersen et A.S. Bellack (Ed.). Behavioral Assessment: a practical handbook. New York: Pergamon Press.
- PFAFF, E. (1980). Le téléphone et les services téléphoniques chez les personnes âgées. La revue de gériatrie, 81, (5), 403-404.
- PRATT, J.D. (1981). Memory improvement in the elderly: the use of complex material in a natural setting. Thèse de doctorat, Brigham Young University.
- REDICK, R.W., TAUBE, C.A. (1980). Demography and mental health care of the aged. NJ : Prentice-Hall, Engle Wood Cliffs.
- REHM, L.P. (1977). A self-control model of depression. Behavior therapy, 8, 787-804.

- RICHARDS, W.S., THORPE, G.L. (1978). Behavioral approaches to the problems of later life. The Clinical Psychology of Aging. New York: Plenum.
- RIPPERE, V. (1977). What's the thing to do when you're feeling depressed? - A pilot study. Behavior research & therapy, 15, 185-191.
- RIPPERE, V. (1979). Scaling the helpfulness of antidepressive activities. Behaviour research & therapy, 17, 439-449.
- RUIZ, C., PILON, W. (1969). Thérapie de groupe: musicothérapie et ergothérapie contrôlées dans un milieu psychiatrique, Laval méd., 40, 189-197.
- SALLAMY, N. (1965). Dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.
- SCHULTZ, N.R., MOORE, D. (1984). Loneliness: Correlates, attributions and coping among older adults. Personality and Social Psychology Bulletin, 10, (1), 67-77.
- SCOTT, J.A. (1976). Depression: What it is. Journal of the American Institute of Hypnosis, 17, (13), 111-132.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: W.H. Freeman.
- SHAPIRO, A. (1969). A pilot program in music-therapy with residents of home for the aged. Gerontologist, 9, (2), 128-133.
- SMITH, J., SEIDL, L., CLUBB, L. (1966). Studies on the epidemiology of adverse drug reactions: Five clinical factors influencing susceptibility. Annals Intern. Med., 65, 629-640.
- THOMPSON, L.W., GALLAGHER, D. (1984). Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression. Advances in behaviour research and therapy, 6, (2), 127-139.
- VEZINA, J., BOURQUE, P. (1985). Les stratégies comportementales adoptées par les personnes âgées devant les sentiments dépressifs. Revue Canadienne du Vieillissement, 4, 161-169.
- WALLER, M., GRIFFIN, M. (1984). Group therapy for Depressed Elders. Geriatric Nursing, 5, (7), 309-311.
- ZARIT, S.H. (1980). Aging and Mental Disorders, Psychological Approaches to Assessment and Treatment. New York : Free press.