

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTÉ A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNE DOUCET

INFLUENCE DE L'INSERTION DE LA PERSONNE ÂGÉE,

DANS UN MILIEU SCOLAIRE, SUR SON NIVEAU DE

DEPRESSION ET D'ANXIÉTÉ

AVRIL 1983

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

Introduction	1
Chapitre premier - Revue de la littérature	4
Définitions de la dépression	5
La dépression et la personne âgée	10
Définitions de l'anxiété	15
L'anxiété et la personne âgée	19
Thérapie occupationnelle	21
Chapitre II - Description de l' <u>expérience</u>	29
Sujets	30
Choix de l'école	31
Déroulement de l' <u>expérience</u>	33
Mesures utilisées	35
Activités pédagogiques	47
Chapitre III - Analyse des résultats et discussion	49
Analyse des résultats	51
Discussion	54
Conclusion	61
Appendice A - Epreuves expérimentales	65
Appendice B - Contenu des activités pédagogiques	68

Appendice C – Résultats bruts des groupes contrôle et expérimental au questionnaire de Beck	96
Appendice D – Résultats bruts, analyses de variance et moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété	98
Références	120

Sommaire

Le but de cette étude est de connaître l'influence de l'insertion de la personne âgée dans un milieu scolaire sur son niveau de dépression et d'anxiété.

L'échantillonnage est composé de vingt-quatre personnes âgées réparties également dans les groupes contrôle et expérimental. Le traitement consiste à ce que chacun des aînés soit intégré dans un petit groupe d'élèves du deuxième cycle élémentaire. L'expérience se poursuit pendant dix semaines pour un nombre total de quinze activités d'une durée de deux heures chacune.

Les conditions expérimentales sont un pré-test, le traitement expérimental et un post-test. Le questionnaire de Beck est utilisé comme mesure de dépression alors que l'Ipat anxiété de Cattell sert de mesure d'anxiété.

Les résultats de l'étude laissent voir un effet significatif du traitement pour le niveau de dépression. Aucune différence significative n'apparaît quant au niveau d'anxiété.

Introduction

La société dans laquelle nous vivons entraîne un nouveau style de vie. La famille, cellule de base de notre société n'est pas sans ressentir les contrecoups de cette vie effrénée. A l'heure actuelle, la famille est en train de se disloquer. Le nombre de familles monoparentales s'accroît constamment. L'époque des familles nombreuses où chacun avait sa place est révolue. Grands-parents, parents, enfants, tous vivaient alors sous le même toit. Aujourd'hui, c'est un peu l'isolement qui domine. C'est pourquoi tant de personnes ressentent la solitude. Et parmi celles-là, les personnes âgées sont très nombreuses. Elles ne jouent plus le rôle qu'elles avaient l'habitude d'exercer. Toutes les connaissances, les richesses qu'elles possèdent restent inexploitées. Cette façon de vivre n'est pas sans engendrer chez les aînés de l'anxiété, voire même de la dépression. L'étude qui suit cherche donc à cerner ces deux paramètres en prônant qu'une implication des personnes âgées auprès des enfants aurait sûrement un effet revalorisant à cet égard. A cette fin, dans la présente recherche, les aînés entrent en relation avec des enfants du primaire.

Selon Carole Tice, un tel contact donne l'opportunité à des personnes âgées de partager leurs expériences et leurs habiletés avec des enfants tout en continuant leur développement personnel.

Suite à une interrelation enfants-personnes âgées qui se déroule sur une période de dix semaines, il est postulé qu'il y aura diminution du

du niveau de dépression chez la personne âgée conséquente à son insertion dans un milieu scolaire. Il est aussi postulé qu'il y aura également diminution du niveau d'anxiété.

La revue de la littérature permet, dans un premier chapitre, de mieux cerner les deux variables dépendantes, soit la dépression et l'anxiété. Définies dans un premier temps au sens large du terme, ces dernières sont plus particulièrement étudiées par la suite en fonction de la personne âgée. Et le chapitre se termine par des précisions quant à la thérapie occupationnelle.

Le deuxième chapitre présente la description de l'expérience. Les sections suivantes y sont approfondies: sujets, choix de l'école, déroulement de l'expérience, mesures utilisées et activités pédagogiques.

Finalement, le troisième chapitre porte sur l'analyse des résultats et la discussion.

Chapitre premier
Revue de la littérature

La dépression et l'anxiété sont deux symptômes souvent observés chez la personne âgée. Mais qu'entend-on par dépression et anxiété? Comment se manifestent-elles chez la personne âgée? Quelles sont les thérapies utilisées pour en diminuer la progression? La revue de littérature du présent chapitre tente de répondre à ces questions.

1. Définitions de la dépression

Plusieurs auteurs ont tenté de définir la dépression. Ainsi, Sal-lamy(1965) envisage la dépression comme un état morbide plus ou moins durable caractérisé par une diminution du tonus et de l'énergie. Selon ce dernier, le sujet déprimé est las, anxieux, découragé. Il est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il ne prend plus aucune initiative par manque d'intérêt et de volonté; il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles(mémoire, attention) sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie.

Beck(1967) ajoute des éléments nouveaux. La dépression est une altération spécifique de l'humeur amenant des sentiments de tristesse, de solitude et d'apathie. Un concept de soi négatif associé à des auto-reproches est un élément se retrouvant aussi chez le dépressif. Par ailleurs, le sujet manifeste des désirs d'auto-punition et de régression tels que manifestés dans le fait de vouloir s'échapper, se cacher ou encore mourir. A cela s'ajoutent des changements d'ordre végétatif où l'anorexie, l'insomnie et la perte de libido prennent place. Un changement dans le niveau d'activité survient aussi causant de l'agitation ou un ralentissement dans les activités.

Plus spécifiquement, les symptômes de la dépression sont très bien décrits par Beck (1967). Cette approche de la dépression sous ces quatre aspects émotionnel, cognitif, motivationnel et physique mérite qu'on s'y attarde.

L'aspect émotionnel réfère aux changements émotifs chez le patient ou mieux aux changements de comportements attribuables à ses états émotifs. Ainsi, le sujet déprimé fait face à un état de découragement où il se décrit comme étant misérable, sans espoir, triste, seul,...

De plus apparaît une réduction au niveau de la gratification. Au début, une perte de gratification n'est reliée qu'à quelques activités pour s'étendre par la suite à presque tout ce que le patient fait; la dépression progressant, même les activités qui sont généralement associées à des besoins biologiques ou à des pulsions tels que manger ou avoir des expériences sexuelles ne sont pas satisfaisantes. Les expériences psychosociales primaires telles que recevoir l'expression d'amour ou d'amitié ou encore engager une conversation sont dénudées de leur propriété de plaisir.

S'ajoute également une perte d'attachement émotionnel ordinairement relié à une perte de satisfaction. Il y a un déclin dans le degré d'intérêt pour certaines activités et pour certaines personnes, les membres de la famille compris.

Enfin, la personne déprimée pleure beaucoup plus qu'elle n'avait coutume de le faire. Ce faisant, ces personnes en arrivent même à perdre leur sens de l'humour. Rien ne les amuse plus.

Au plan cognitif, on retrouve chez le dépressif une estime de soi faible. Le patient se perçoit déficient dans plusieurs domaines importants: habileté, performance, intelligence, ... Il se sent inférieur, inadéquat. Beck (1967) rejoint ici Sallamy (1965). Ce dernier mentionne aussi que le déprimé ressent un sentiment d'inutilité.

Toujours selon Beck (1967), les attentes du déprimé sont négatives. Il s'attend au pire et rejette la possibilité d'une amélioration de sa situation financière, sociale, physique. Car il a un penchant à se critiquer pour ses faiblesses, à avoir beaucoup de difficulté à prendre ses décisions, et même à déformer son image corporelle.

L'aspect motivationnel de la dépression fait référence à la paralysie de la volonté. Le patient a un problème majeur à mobiliser l'énergie nécessaire pour accomplir la plus élémentaire et vitale des tâches, tel que manger, excréter, etc. L'essence du problème apparaît être que même s'il peut concevoir ce qu'il devrait faire, le sujet n'expérimente aucun stimulus interne qui le pousserait à agir.

Par conséquent, il adopte des comportements d'évitement, d'échappement. Comme il perçoit ses tâches comme ennuyantes, dénudées de sens, il veut s'en détourner par des activités lui procurant un refuge, une détente.

L'idée de suicide fera souvent surface. Elle pourra être expérimentée de façon passive ou active. Et bien sûr, une dépendance accrue apparaît chez le dépressif qui désire tant recevoir de l'aide de la part de l'intervenant.

Il reste à considérer l'approche des manifestations d'ordre végétatif et physique que l'on peut observer chez le déprimé. Il y a perte d'appétit ou encore ce dernier mange de façon exagérée. Par ailleurs, il éprouve de la difficulté à trouver le sommeil. En contrepartie, certains dépressifs dorment une bonne partie du temps. A cela s'ajoute une perte de libido où la perte d'intérêt sexuel peut être soit de nature hétérosexuelle ou auto-érotique. Parfois, le dépressif peut se sentir plus fatigué que de coutume.

Dans un autre ordre d'idées, la personne déprimée a diverses illusions. Elle croît ne rien valoir. Il arrive parfois qu'elle pense avoir commis un crime pour lequel elle recevra un châtiment. D'autres types d'illusions prennent place, par exemple celle du vide, de la pauvreté ou de l'hyposcondrie. Et la dépression s'aggravant, les illusions peuvent se transformer en hallucinations.

A cette synthèse de Beck(1967), il faut ajouter les éléments fournis par d'autres auteurs.

Birnbaum(1973) envisage principalement deux types de dépression: une dépression d'auto-reproches et une dépression revendiquante.

Dans la dépression revendiquante, le sujet se sent inadéquat, intensément inutile et seul. Il s'auto-évalue de façon négative. Birnbaum(1973) apporte ici un élément nouveau en supposant que la dépression est un cri masqué auquel sont sous-jacents des besoins d'amour et d'attention. Le déprimé a grandement besoin d'être reconnu et aimé. Toutefois, il est incapable

de le demander directement parce qu'il considère innacceptable le fait de ressentir ces besoins. Ainsi, il le fait symboliquement à travers le cri de la tristesse. Son espoir est qu'une figure parentale aimante vienne le rescaper.

Dans la dépression d'auto-reproches, le déprimé se blâme continuellement pour ses malchances. Même s'il reconnaît n'avoir rien fait de mal ou de nuisible, il continue à jouer le jeu de l'auto-torture. Fréquemment, selon Birnbaum(1973), la colère que le déprimé retourne contre lui est de l'hostilité qu'il ressent envers autrui.

Gellman(1976) va sensiblement dans le même sens. Selon lui, l'état dépressif envahit l'être tout entier: sa pensée, sa volonté, ses sentiments, sa personnalité. C'est ce que Beck(1967) appelait les manifestations d'ordre cognitif, motivationnel et émotif. Cependant, Gellman(1976) ajoute qu'à partir du moment où une personne perd quelque chose d'important, elle peut entrer dans la dépression. Cette chose importante peut être quelqu'un de cher, un travail ou encore l'estime du Moi. Toute situation entraînant un sentiment de culpabilité peut être le levier de la dépression.

Dans les textes plus récents, de Weissman et Myers (1979) et Blazer (1980) par exemple, la symptomatologie de la dépression est sensiblement la même que celle mentionnée ci-dessus dans Beck(1967): perte d'appétit, d'énergie, de sommeil, d'intérêt, et apparition de sentiments d'auto-reproches et d'idées de suicide. Ce qui fait dire à Blazer (1980) que les désordres dépressifs ne sont pas une dimension isolée du comportement. Ils seraient

plutôt considérés comme une série de comportements reliés les uns avec les autres.

Suite à des études statistiques sur l'âge de prédition des troubles dépressifs, effectués par Landoni et Ciompi(1971), il apparaît que des syndrômes dépressifs peuvent être observés à tout âge, depuis la petite enfance, Spitz (1946) tel que cité dans Landoni et Ciompi(1971), jusqu'à la vieillesse. Selon eux, toutefois, les phénomènes dépressifs plutôt exceptionnels dans l'enfance et rares dans l'adolescence et la jeunesse se rencontrent le plus souvent dans la deuxième moitié de la vie.

Comment expliquer ce fait? Est-ce que le phénomène de la dépression serait caractéristique du vieillissement?

2. La dépression et la personne âgée

Puisque les troubles dépressifs semblent avoir un impact majeur dans l'âge avancé, soit dans la période située entre 61 et 75 ans, aux dires de Landoni et Ciompi (1971), qu'en est-il de la dépression chez l'âgé, à quoi s'apparente-t-elle?

L'étiologie de la dépression chez l'âgé est discutée des points de vue biologique, psychodynamique, génétique et des concepts socio-culturels.

Ainsi, selon Grauer(1977), du côté biologique, un bas niveau de norepinephrine, une diminution des fonctions thyroïdiennes, une moins grande réponse de la glande pituitaire, des altérations des fonctions des gonades, une baisse des mouvements rapides des yeux(REM) et une perte de sommeil

sont autant de facteurs pouvant être associés à la dépression chez l'âgé.

Quant au plan psychologique, il est largement discuté par différents auteurs. Chez l'âgé, la dépression a toujours été associée à la séparation d'une personne, à la perte d'un objet. Or, Mendelson(1960) et Blatt (1974) tels que cités dans Elkowitz et Virginia (1980) abondent dans ce sens stipulant que la dépression est une réaction pathologique au sens de la perte. Ces pertes sont répétitives sous plusieurs aspects dans la vie de l'âgé; par exemple pertes de santé, d'amis, de travail, de statut social. A cet égard, Duplantie et Hébert(1981) soulignent que la retraite constitue un événement qui, non préparé et trop brusque, favorise la dépression. L'individu est désorienté. On le sépare radicalement de ses responsabilités et on lui demande un changement de rôle. La perte progressive de prestige et des fonctions sociales font que l'individu ne participe plus à une action communautaire valorisante. Cet aspect prédispose certaines personnes vieillissantes à sombrer plus facilement dans la dépression.

Golstein(1979) démontre avec acuité que l'âge d'or est l'âge des séparations. A une période de la vie où le stress est difficile à tolérer, la personne âgée est sujette à plusieurs changements internes et environnementaux: détérioration physique, menace de la mort, difficulté à se fixer de nouveaux objectifs sont une denrée courante. Ceci se caractérise par la difficulté à s'adapter aux infirmités normales telles la diminution de la vue et de l'ouïe, par la nécessité de voir mourir les êtres chers, conjoint, enfants, parents ou amis, par l'obligation de redonner un sens à la vie.

D'autre part, la perte de l'estime de soi et les sentiments d'inutilité sont d'une grande importance dans l'étiologie de la dépression chez l'âgé. En réalité, selon Golstein(1979), la personne âgée a peur d'être incapable; ce qui affecterait son estime de soi. La plupart de ses comportements peuvent s'expliquer ainsi: la personne âgée a tendance à éviter des tâches pour lesquelles elle ne se sent pas préparée.

A cela s'ajoutent les concepts d'isolement et de solitude qui sont souvent reliés à la dépression(Duplantie et Hébert, 1981). Pour plusieurs personnes âgées, la retraite signifie perte d'amis, de compagnons de travail. Et pour le couple, ce moment en est un difficile puisque les deux partenaires se retrouvent ensemble, mais seuls. Il est important selon ces auteurs de bien comprendre que le moment de la retraite reste un facteur important lorsque l'on parle de solitude et d'isolement.

Ce qui s'avère bien souvent drastique, c'est aussi la perte de l'être cher, au moment où l'individu est peut-être le moins capable d'assumer cette perte, de s'adapter, au moment où il a le moins de chance de se refaire des relations significatives. C'est une perte dont beaucoup de personnes âgées ne se remettent jamais.

Au fur et à mesure que la personne vieillit, elle voit disparaître de nombreux parents et amis. Jacoby(1981) observe que les liens entre la famille et les amis sont diminués par la distance géographique. Tous ces facteurs augmentent l'isolation et l'esseulement de l'âgé.

Ce qui apparaît important face à un tel tableau, c'est la façon

dont la personne âgée réagit à toutes ces pertes, séparations ou privations. Duplantie et Hébert(1981) supposent que contrairement à ce qui se passe chez les jeunes, le cycle de la perte et de la restauration est rompu. Les personnes âgées ne se trouvent plus de substituts . Elles sont ainsi continuellement confrontées à la perte sans restauration. Ce mécanisme engendre l'agressivité, laquelle se retourne contre elles, amenant une diminution de l'image et de l'estime de soi.

Tout compte fait, Maudsley(1895) tel que cité dans Jacoby(1981) envisage tout ceci comme une raison suffisante pour engendrer un désordre mental.

Si l'on considère maintenant l'aspect génétique, Abraham et Zetzel(1960) tels que cités dans Grauer(1977) envisagent les expériences de l'enfance comme prédisposant fortement l'adulte à la dépression. Des types de personnalité à caractère oral dépendant et des personnes narcissiques sont plus sensibles à la séparation. Par ailleurs, les personnes de type obsessif sont aussi plus sujettes à la dépression.

Toutefois, selon une étude plus récente, Jacoby(1981), il apparaît qu'il y a un manque d'évidence pour une prédisposition génétique en rapport avec la dépression.

D'un côté plus culturel, Grauer(1977) relie la dépression au stress venant de l'environnement. Golstein(1979) ajoute que la société dans laquelle les personnes âgées vivent ne les aime pas et ne les respecte pas. Selon Bunzel(1972), nous avons tendance à isoler artificiellement la

personne âgée en la plaçant dans un rôle de dépendance. Nous renforçons la perception que l'âgé a de lui-même, à savoir qu'il n'est pas pleinement capable, qu'il est susceptible d'échouer et qu'il a besoin que l'on prenne soin de lui.

Un autre aspect culturel important à considérer est celui de l'ère de l'industrialisation. A notre époque, comme Duplantie et Hébert(1981) le mentionnent, l'homme devient un être de production. De ce fait, lorsqu'il atteint l'âge de la retraite, il perd sa capacité de producteur, et n'ayant pas appris à se percevoir ainsi, il est désemparé. Comme notre société favorise la concurrence, la réussite, les jeunes et la productivité, elle ne donne pas de rôles importants à un groupe dont les membres présentent le taux le plus élevé de mortalité.

A la lecture de ces différents textes, un aspect prédominant ressort: celui de la notion de perte, qu'elle soit d'ordre biologique, culturel ou encore psychologique. L'accumulation de toutes ces pertes n'est pas sans engendrer un état de dépression chez la personne âgée.

En résumé, après avoir fait le relevé de la littérature sur le phénomène de la dépression, cela ne peut que confirmer notre intention d'étudier la dépression chez la personne âgée; car ce phénomène est fréquent et universel. Il a été possible de constater que les troubles dépressifs chez l'âgé conservent sensiblement les mêmes caractéristiques que dans les niveaux d'âge précédents. Toutefois, chez l'aîné, il semble que la dernière époque de sa vie soit d'autant plus propice à ce type de problèmes étant

donné les nombreuses difficultés rencontrées tant aux niveaux physiologiques, psychologiques, sociaux que culturels.

Bien plus, la personne âgée répond difficilement à ce qui lui arrive. Elle apparaît davantage soumise à des facteurs externes qu'internes. La pression sociale, **se faisant** plus forte, ceci augmente sa difficulté à se prendre en main.

3. Définitions de l'anxiété

L'étude de la dépression amène à songer à un autre thème souvent connexe et complémentaire à cet état, soit l'anxiété. On peut se poser la question: la dépression se distingue-t-elle de l'anxiété?

Pour Salzberger(1981), il devient difficile de distinguer nettement l'anxiété de la dépression. Il note que dans le processus de vieillissement, les pertes de santé, d'êtres chers, de sécurité financière et d'auto-respect peuvent s'ajouter aux inhibitions psychologiques, à l'ignorance et à la mauvaise information acquises plus tôt. La prise de conscience de telles pertes évoque des sentiments actuels ou anticipés d'inutilité. Tout cela provoque une carence de ressources nécessaires pour une adaptation réussie.

Quand des besoins internes ou environnementaux se font sentir, un sentiment de brisure survient. Il y a une perte d'estime de soi et de confiance en soi, causée par la peur. Cette peur mobilise l'énergie de la personne, l'empêche d'agir et désorganise ses efforts. Alors suit l'éla-

boration de la recherche rationnelle ou irrationnelle d'aide, laquelle avec des manifestations d'inutilité, de peurs et de déficits produit un symptôme complexe. Ce symptôme serait à la base un syndrôme d'anxiété ou de dépression.

Toutefois, selon Kahn(1977), l'anxiété est un phénomène bien distinct de la dépression étant le résultat de stress, de tensions, de dangers anticipés et de frustrations. L'anxiété est une réaction à la frustration qui nécessite un soulagement. L'anxiété n'est pas un mécanisme mental ni instinctuel, c'est une réaction apprise. L'anxiété est aussi la motivation ou la pulsion qui rend prêt à agir.

Si Kahn(1977) maintient que l'anxiété résulte d'un danger anticipé, il en est autrement pour May(1950). Ce dernier stipule que l'anxiété est une réaction à un danger non spécifique, vague, sans objet. Les caractéristiques spéciales de l'anxiété sont les sentiments d'incertitude, d'impuissance face au danger. May(1950) ajoute que l'anxiété est une appréhension qui survient face à la menace de quelques valeurs considérées essentielles à l'existence de l'individu. La menace peut être d'ordre physique ou psychologique(mort, perte de liberté,...). Elle entrave la sécurité de la personne.

L'anxiété peut être considérée comme normale ou névrotique. May(1950) en fait la distinction. L'anxiété normale est une réaction à la menace des valeurs que l'individu tient pour essentielles à son existence. Elle est toutefois une réaction qui n'est pas disproportionnée à l'objet.

De plus, elle n'implique pas de répression et puis ne requiert pas de mécanismes de défenses névrotiques pour sa résolution. L'anxiété normale peut être dirigée de façon constructive sans faire montre de signes de panique ou de formes dramatiques. Et ce qui est fort important, c'est qu'elle est inhérente à toutes les expériences de séparation auxquelles l'individu doit faire face.

A l'encontre de ces affirmations, l'anxiété névrotique est une réaction à la menace qui n'est pas proportionnée à l'objet dangereux. Elle implique de la répression et requiert différents mécanismes névrotiques de défense pour sa résolution.

Les théories sur l'anxiété ont pris différentes orientations. Ainsi, Mowrer(1939) prétend que l'anxiété est une forme conditionnée de réponse à la douleur. Plus tard, Mowrer(1960) modifie ses vues et suggère que l'anxiété soit plutôt une part de la réponse totale produite de façon innée par un **stimulus** douloureux intense, tel un choc électrique. Une autre approche est basée sur la théorie cognitive. Pendant que les théories conditionnantes font appel aux réactions stimulus-réponse, les théories cognitives s'appuient sur les perceptions, sur la connaissance. Selon Mc Reynolds(1973), l'anxiété est en quelque sorte due à l'inconsistance ou au manque d'harmonie entre les éléments de l'expérience d'un individu tels que représentés dans le cerveau. Rogers(1951) a développé cette notion en proposant qu'un sentiment de menace résulte quand des expériences sont perçues comme incongruentes, l'anxiété étant la réponse affective à la menace.

Cattell et Scheir(1961), quant à eux, définissent l'anxiété en relation avec d'autres concepts tels que la peur, la privation et le conflit. Et ils discutent de différents types d'anxiété: l'anxiété réaliste-situationnelle, l'anxiété caractérologique, l'anxiété limitée, l'anxiété libre-flottante et finalement l'anxiété consciente et inconsciente.

Tout d'abord, l'anxiété diffère de la peur introspectivement puis probablement physiologiquement en étant une réponse au signal préliminaire de la perception de l'objet dangereux. C'est une tentative d'alerte par des signaux et des symboles plutôt que par un danger concret, présent.

Les auteurs ajoutent qu'il devrait être établi comme hypothèse de base qu'une des sources d'anxiété est la privation. Et la peur y est spécifiquement incluse, i.e.-la peur de la privation d'un besoin de sécurité ou de tout autre besoin primaire.

Ces mêmes auteurs font aussi mention d'une notion plus freudienne lorsqu'ils relient anxiété et conflit. Ainsi, l'anxiété augmenterait directement en fonction des pressions et conflits des systèmes dynamiques mal ajustés à l'intérieur de l'individu, par exemple entre le ça et le surmoi.

D'autre part, ils stipulent que l'anxiété-réaliste-situationnelle est celle qui est directement produite par des signaux de danger ou de privation survenant dans l'environnement. Par exemple, une étudiante sachant que sa préparation à un examen est inadéquate ressentira ce type d'anxiété.

L'anxiété dite "limitée" est réaliste, en ce sens qu'elle est reliée à un objet spécifique. Elle apparaît quand une tâche demandant de la précision est négligée.

Quant à l'anxiété libre-flottante, elle est considérée comme irrationnelle et mal adaptée puisqu'elle implique la répression du lien cognitif qui associe l'anxiété à ses causes réelles.

Du côté de l'anxiété consciente, c'est celle qui vient et disparaît tant que le comportement externe ou la dysfonction somatique associée à l'anxiété persiste. L'anxiété inconsciente pour sa part semble être un construit légitime et est particulièrement utile en apportant une explication de la névrose dans les désordres psychomatiques.

A la lecture de ces différents textes, on peut s'apercevoir que l'anxiété est inhérente à plusieurs expériences de la vie d'un individu. On se rend compte qu'il est normal de la ressentir et qu'elle est la pulsion qui rend prêt à agir. D'autre part, l'anxiété agit comme signal d'avertissement à la menace. En quelque sorte, dès que notre sécurité est entravée, elle survient. Il est aussi noté que l'anxiété est néfaste lorsqu'elle implique la répression du lien cognitif qui associe l'anxiété à ses causes réelles.

4. L'anxiété et la personne âgée

Quant à l'anxiété chez la personne âgée, quel caractère revêt-elle? Quelques gérontologistes ont commenté la proéminence du problème de

l'anxiété chez les aînés.

Par exemple, Patterson, O'Sullivan et Spielberger (1980) soutiennent qu'un vieillissement heureux peut dépendre de la façon dont une personne fait face à l'anxiété. De plus, ils maintiennent que des dérangements situationnels passagers et l'anxiété chronique sont des problèmes caractéristiques de l'âgé. De plus, selon ces derniers, s'il y a un "état" mental spécifique au vieillissement, ce ne peut être que l'anxiété. Patterson, O'Sullivan et Spielberger (1980) suggèrent que quelques signes du vieillissement soient identiques aux signes de l'anxiété. Ils incluent parmi ceux-ci la fatigue, les tremblements, la maladresse, les tics faciaux, une voix frémissante ainsi que des palpitations au cœur.

Par ailleurs, ils observent que l'anxiété accroît progressivement avec l'âge. Ils notent que ceci est spécialement vrai chez les femmes. De plus, Patterson, O'Sullivan et Spielberger (1980) expriment l'opinion que l'anxiété libre flottante s'intensifie chez la personne âgée. Ils supposent que cette intensification d'anxiété est due au fait que la personne expérimente des changements accélérés au niveau corporel, de ses sentiments et de son environnement, requérant de sa part un nouvel apprentissage. Ces auteurs ajoutent que les hommes âgés qui développent des maladies coronariennes sont bien anxieux.

L'anxiété chez l'âgé est aussi vue comme une réponse à des stimuli stressants (Schultz, Hoyer et Keye, 1980). Depuis que les personnes âgées sont exposées à de nombreux stress qui menacent leur intégrité psy-

chologique, sociale et économique, il est raisonnable de s'attendre à un haut niveau d'anxiété chez les personnes âgées. De plus, ces auteurs notent que l'inhabilité à faire face au stress est l'une des caractéristiques majeures de l'âgé.

Une expérience menée par Whitbourne(1976) nous en donne un exemple. Celle-ci a observé qu'il est difficile d'obtenir la coopération des aînés pour une expérience d'apprentissage. En effet, plusieurs âgés refusent de collaborer. Selon Whitbourne(1976), il semble clair que ces derniers ont peur d'être évalués au niveau cognitif sachant très bien que leurs habiletés mentales sont peut-être déclinantes.

Il semble que l'anxiété influence la vie de l'âgé tout comme le problème de la dépression. N'est-il pas possible d'imaginer qu'il existe des moyens pour contrer cette situation?

5. Thérapie occupationnelle chez l'âgé

Plusieurs genres de thérapies peuvent s'appliquer tant pour réduire l'anxiété que la dépression. Ainsi, la dépression peut être traitée au moyen d'anti-dépresseurs, en ayant recours à la thérapie électro-convulsive ou encore à l'hospitalisation dans certains cas.

A l'encontre de ces méthodes de traitement qui relèvent davantage

du domaine médical, il est reconnu que l'activité peut jouer un rôle prépondérant auprès des dépressifs. Ainsi, Lewinsohn et Macphillamy (1974) stipulent qu'une personne se sent déprimée parce qu'elle n'est pas engagée dans des activités qui provoquent un renforcement positif. Bratter et al. (1980) ajoutent que l'activité et l'exercice intense sont reliés à la diminution de la dépression chez les personnes âgées: Altshul (1981) pour sa part, préconise la **course à pied** pour réduire le niveau de dépression de la population en général. Selon ce dernier, la plupart des coureurs prétendent que le fait de courir dissipe leurs tensions, décharge leur colère et guérit leur dépression.

Si l'activité joue un rôle important auprès des dépressifs, elle n'est pas sans avoir un effet positif chez les individus anxieux. Bahrke et al. (1981) supposent que l'activité physique intense, associée à des techniques de relaxation, peut réduire l'état d'anxiété. Ces deux types de thérapie qui semblent divergents sont tous deux en mesure de réduire la tension. Les techniques de relaxation produisent un état de quiétude pendant que l'exercice procure l'effet contraire, l'éveil.

Bien que plusieurs auteurs prétendent que l'activité physique soit importante pour mieux vivre, une étude de Havighurst (1968) apporte un éclairage nouveau sur le sujet. Il existe en effet deux théories opposées concernant le vieillissement.

La première, la "théorie de l'activité" soutient que la personne âgée a essentiellement les mêmes besoins psychologiques et sociaux qu'une

personne d'âge moyen. Ainsi la personne qui vieillit le mieux est celle qui demeure active et qui lutte pour résister aux pressions sociales. La personne âgée doit maintenir les activités qu'elle a toujours eues aussi longtemps que possible, et en trouver de nouvelles en remplacement du travail qu'elle n'a plus.

Quant à la "théorie du désengagement", elle maintient que certaines personnes qui ont été relativement occupées toute leur vie aspirent à devenir plus libres en vieillissant. D'autre part, il y a des gens qui sont satisfaits d'un style de vie relativement inactive. C'est pourquoi, il y a lieu de croire qu'un vieillissement optimal peut être relié chez les personnes vieillissantes à la "théorie du désengagement".

Toutefois, les conclusions de l'étude menée par Havighurst (1968) démontrent que ni la "théorie de l'activité" ni la "théorie du désengagement" suffisent à elles seules à expliquer comment une personne vieillit de façon optimale. Ainsi, la relation entre le niveau d'activité et la satisfaction de vivre est influencée par la personnalité de l'individu. C'est pour cette raison que ni la "théorie de l'activité", ni la "théorie du désengagement" ne sont satisfaisantes si elles ne tiennent pas compte des différences de personnalité.

Bien que différentes activités de type physique puissent avoir un effet bénéfique sur l'anxiété et la dépression, que la personne soit "active" ou "désengagée", la thérapie qui sera privilégiée dans cette étude est celle favorisant le contact humain. Ainsi, selon Wetzel (1980), le fait

d'impliquer des jeunes auprès des personnes âgées amène un succès presqu'assuré. Généralement, les jeunes apprécient cette relation. En respectant la personne âgée, ils lui apportent un support naturel qui manque trop souvent à cette génération. En retour, les enfants auront une vision plus positive de leur propre vieillissement. Wetzel (1980) suggère que la personne âgée raconte son histoire à l'enfant. Ce faisant, l'enfant apprend des choses du passé et peut relier la connaissance de ce que l'âgé lui apporte aux conditions actuelles. Alors, la personne âgée procure à l'enfant un service disponible nulle part ailleurs. Cette approche peut être ajoutée aux autres services offerts et doit être encouragée autant que possible. Les enfants, adolescents, handicapés, invalides et même d'autres personnes âgées peuvent bénéficier de l'attention des citoyens âgés. Une telle implication favorise un sens des valeurs personnelles cruciales et optimales nécessaires à la santé mentale.

D'un point de vue plus social, selon Duplantie et Hébert (1981), nous sommes à même de constater l'effritement de la famille nucléaire. Et cet aspect est des plus importants. C'est là que la personne âgée vient jouer un rôle primordial dans la famille disloquée d'aujourd'hui. Les enfants qui n'ont plus de grands-parents ou qui les voient très peu souvent pourraient trouver un substitut auprès de la personne âgée. Cette dernière assurerait le lien intergénérationnel enfant-personne âgée.

Dans cette ligne de pensée, l'étude qui suit cherche à introduire des personnes âgées dans un milieu d'enfants selon une approche centrée sur

l'activité. Le modèle est en partie relié à un projet présentement en cours dans 12 écoles du Michigan. Ce projet s'intitule Teaching Learning Communities (T-LC). Mais au juste, qu'est-ce que ce projet?

Selon Tice (1979), l'instigatrice du projet, le T-LC met de côté la relation traditionnelle professeur-étudiant et donne l'opportunité à des personnes âgées de partager leurs expériences et leurs habiletés avec des enfants tout en continuant leur développement personnel.

Critchell et Locker (1979) précisent que le travail consiste à quelques heures par semaine passées à faire des arts plastiques, de l'artisanat et des sciences humaines. Cela se déroule durant les heures régulières de l'école. T-LC a été développé comme un programme scolaire. Les plus vieux et les plus jeunes discutent ensemble tout en travaillant. Ils apprennent ainsi à respecter les valeurs et les conseils de l'autre. T-LC est un temps pour apprendre, travailler, rencontrer des gens tout en ayant du plaisir. C'est un temps pour faire des choix, essayer de nouvelles choses, se découvrir de nouveaux potentiels à travers l'amitié et le support d'un groupe intergénérationnel. C'est une forme d'apprentissage où chacun enseigne et apprend à la fois. Sanders et al (1978) mentionnent que le style d'apprentissage est plutôt informel, laissant de la place pour des discussions dans lesquelles les valeurs peuvent être partagées et où l'emphase est mise sur l'interrelation.

Tice (1979) énonce que c'est aussi une tentative pour augmenter chez l'enfant la motivation à apprendre en améliorant son attitude envers l'école, tout en mettant l'emphase sur son développement personnel. Selon cet auteur,

c'est de plus une tentative d'anticiper les besoins futurs de la génération à venir en leur donnant un lien avec le passé aussi bien qu'une attitude mentale d'ouverture face au futur.

En quelque sorte, aux dires de Critchell et Locker (1979), le T-LC, c'est l'éducation à long terme, incluant aussi bien les enfants que les personnes âgées. C'est une façon de regarder l'éducation de zéro jusqu'à la fin de la vie.

Pour terminer, Mead tel que cité dans Sanders, Critchell et Locker (1978) a appelé le T-LC une invention où les jeunes et les plus vieux inventent ensemble le futur. Selon cette dernière, la capacité à effectuer un travail créatif est illimitée quand des jeunes et des plus vieux s'unissent ensemble.

L'étude qui suit cherche également à introduire des personnes âgées dans un milieu scolaire. La personne âgée est dès lors considérée comme une personne ressource au niveau de la didactique d'enseignement, dont le professeur se sert pour mieux intégrer tout son enseignement. La personne âgée apporte à l'enfant des faits vécus qui illustrent bien les notions théoriques enseignées en classe.

Une des préoccupations premières selon Champagne (1982) est qu'il est très important de ne pas perdre de vue que la démarche origine des besoins de l'école et non de ceux des personnes âgées. Le programme cherche alors à s'intégrer le plus possible à la vie déjà existante de l'école, en respectant les objectifs qu'ont les enseignants et la direction; et ce, afin de ne pas bouleverser les structures déjà en place ni la démarche pédagogique d'apprentissage de l'élève.

De plus, selon Champagne et al. (1982), la personne âgée doit être une aide, une assistante pour l'enseignante qui en a besoin pour une tâche précise à réaliser dans le temps et d'une certaine manière. Ainsi, la personne âgée ne prend pas la place de l'enseignante, mais elle l'assiste de son mieux, grâce à ses connaissances et son expérience.

Par surcroît, étant donné que nous sommes au Québec à l'heure du décloisonnement, cette nouvelle approche intergénérationnelle s'inscrit dans la réforme scolaire présentement en cours.

Dans l'immédiat nous espérons pouvoir édifier une structure permettant de rétablir les relations entre enfants et personnes âgées par le biais de l'école. Grâce à un programme d'activités minitieusement construit à l'aide des personnes âgées et des enseignants, grâce également à l'attention portée à la formule didactique à développer pour des relations éducatives de cette qualité, grâce enfin à la mise en place de l'infrastructure nécessaire à l'opération harmonieuse de ce réseau de relations humaines (école-enfants-personnes âgées), nous espérons pouvoir analyser l'évolution de cette structure sociale et mesurer l'impact de la relation interpersonnelle enfant-personne âgée sur le changement de perception réciproque. (Champagne, 1982, p.6)

En quelque sorte, ce projet donne la chance à l'école de s'ouvrir davantage sur le milieu. Des influences extérieures autres que parent-enfant, professeur-enfant agissent sur ce dernier. Comme l'influence enfant-personne âgée est bidirectionnelle, elle se fait bien sûr dans les deux sens et rejaillit en même temps sur tout l'environnement.

L'insertion des personnes âgées dans les écoles, étant considérée comme une activité, il y a lieu d'émettre les deux hypothèses suivantes:

1. Il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire.
2. Il y aura diminution du niveau d'anxiété chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire.

Si tel était le cas, nous aurions une activité simple et efficace que l'on pourrait mettre en oeuvre au plus grand bénéfice des aînés et des élèves.

Chapitre II
Description de l'expérience

Le deuxième chapitre porte sur la description de l'expérience. Pour mieux saisir le déroulement de cette étude, les aspects suivants sont traités: **sujets, choix de l'école, déroulement de l'expérience, mesures utilisées et activités pédagogiques.**

Sujets

L'échantillonnage est composé de 24 personnes âgées. Toutes les personnes impliquées dans cette expérience sont recrutées par le biais du club de l'âge d'or de la paroisse St. Michel des Forges de Trois-Rivières. Après une rencontre de tous les membres et des rencontres individuelles, 12 personnes acceptent de faire partie du groupe expérimental. Le groupe contrôle est formé de 12 autres membres du même club. Toutes ces personnes habitent dans leur résidence personnelle.

Il est important de signaler ici que certaines difficultés ont été rencontrées pour former les groupes. A l'instar de Whitbourne (1976), les principales raisons que les aînés apportent pour refuser de collaborer sont les suivantes: ils prétendent ne pas être assez instruits pour s'adapter à l'école d'aujourd'hui et qu'il y a de nombreuses années qu'ils n'ont pas fréquenté ce milieu; se sentant plutôt incompétents, ils ne voient pas ce qu'ils pourraient apporter à l'enfant dans le domaine scolaire. Il s'est avéré important d'apaiser leurs craintes et de leur faire prendre conscience qu'ils se

doivent de jouer leur rôle auprès des enfants.

Dans le groupe expérimental, on retrouve dix femmes (trois mariées, sept veuves) et deux hommes (un marié et un célibataire). La moyenne d'âge de ce groupe est de 66 ans.

Quant au groupe contrôle, il est composé de six femmes (quatre mariées, deux veuves) et de six hommes (cinq mariés et un célibataire). La moyenne d'âge de ce groupe est de 70 ans.

En résumé, les groupes expérimental et contrôle sont donc équivalents quant à l'âge, au lieu de résidence et à l'appartenance au club de l'âge d'or de la paroisse St. Michel.

Le présent travail s'inscrivant dans le cadre d'une recherche plus large déjà en cours, il ne fut pas possible de choisir les sujets des groupes contrôle et expérimental dans une banque de personnes ayant tous accepté de participer à l'expérience. Il est cependant important de mentionner que les sujets du groupe contrôle n'ont pas eu à accepter ou à refuser de participer mais n'ont simplement pas été sollicités autrement que pour la passation du pré-test et du post-test. La présomption demeure donc forte que les deux groupes sont identiques.

Choix de l'école

L'expérience en cours, tel que déjà mentionné s'insère dans le cadre d'une recherche initiée par le laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières: "L'école, carrefour des générations".

En premier lieu, une rencontre entre les responsables de la recherche et le directeur des services de l'enseignement et secrétaire de la Commission scolaire de Trois-Rivières¹ a lieu. L'école St. Michel des Forges est mentionnée.

Les démarches se poursuivent et les responsables du projet se rencontrent dès lors rencontrer la direction de l'école St. Michel des Forges. Le but de cet entretien est de préciser les objectifs de la recherche et de fixer les attentes que l'on a envers l'école et vice versa.

Maintenant, comment se fait-il que ce soit deux classes de cinquième année qui sont choisies? A l'école St. Michel des Forges, on retrouve quatre classes, dont deux de cinquième année et deux de sixième année. Au moment où la décision se prend, une des deux enseignantes de sixième année étant malade, elle est remplacée par une suppléante pour une période prolongée. Comme un enseignant suppléant est moins profondément engagé auprès des enfants, en ce sens que de part et d'autre on est conscient de l'état temporaire de la situation, qu'il est moins engagé dans la vie de l'école n'ayant pu suivre régulièrement les activités qui s'y déroulent, il devient difficile de choisir les classes de sixième année. En effet, l'expérience exige une certaine stabilité d'encadrement des enfants afin de mesurer l'impact de la présence des personnes âgées auprès des enfants. Dans de telles conditions, le choix se tourne vers les classes de cinquième année. Les professeurs de ce niveau ainsi que la direction de l'école acceptent de le projet². Par ce geste, ils viennent d'ouvrir

¹ Il convient de remercier Monsieur Adrien Proulx pour son ouverture face au projet et pour l'aide apportée dans le choix du milieu.

² Il convient de remercier sincèrement Madame Liliane Pintal Nobert, directrice de l'école St. Michel des Forges, ainsi que Mesdames Rosiane Milot et Diane Benoît, enseignantes de cinquième année, pour leur intense collaboration tout au long de l'expérience.

la porte à toute l'équipe de recherche permettant de mettre en marche la présente expérience.

Finalement, on peut dire que c'est toute l'école qui facilite la tenue de cette expérience. Les professeurs des classes de sixième, par exemple, changent l'heure de la récréation pour faciliter l'expérimentation. La secrétaire n'est pas sans donner de son temps pour les photocopies, collations, ... Même la bibliothécaire y met du sien en prêtant son local. Fait intéressant à remarquer, les enfants de sixième année désirent eux aussi jouir de la présence des aînés dans leur classe. Il n'est pas exagéré de dire que l'atmosphère générale qui règne dans cette école influence favorablement le déroulement de l'expérience.

Déroulement de l'expérience

Avant que ne débutent les rencontres intergénérationnelles, les sujets du groupe contrôle et expérimental sont soumis au questionnaire de Beck et à l'échelle d'anxiété Ipat de Cattell. Ces deux instruments de mesure sont présentés plus loin. Cette passation se fait de façon individuelle au lieu de résidence même de chaque personne âgée. Cette période de pré-test s'étend sur les deux semaines précédant le début de l'expérience.

Cette dernière consiste à ce que les personnes âgées soient impliquées dans un milieu d'enfants, soit dans deux classes de l'école St. Michel des Forges. Ces deux classes font partie du deuxième cycle élémentaire (cinquième année) et sont constituées de groupes mixtes de 30 enfants. On retrouve six personnes âgées par classe et chacune se voit confier un groupe d'environ cinq élèves composé de garçons et filles. Quand une personne âgée doit s'absenter, les enfants, faisant partie de son groupe, sont redistribués à l'intérieur

des autres groupes. A remarquer que dans une expérience avec des personnes âgées, il faut prévoir des absences normales pour des raisons de santé, de mortalité, de vie familiale, de déplacement à l'extérieur de la ville,... Il est bon de mentionner que le taux d'absentéisme est très bas compte tenu du fait qu'une même personne âgée ne s'est pas absente de son groupe plus d'une fois et que quatre personnes sur douze ont été présentes à toutes les séances.

L'expérience se déroule dans le cadre des cours de sciences humaines, d'arts plastiques, de français écrit et de catéchèse. Comme ces cours se donnent déjà, il s'agit de prévoir des activités permettant l'intégration de la personne âgée auprès de l'enfant sans nuire à la démarche pédagogique déjà en cours. L'expérience se poursuit donc sur une période de dix semaines à raison de deux fois la semaine pour les cinq premières semaines, soit le mercredi et le vendredi après-midi et d'une fois pour les cinq dernières semaines, soit le vendredi. Chaque séance dure une heure et demie. Le tout débute le 13 janvier pour se terminer le 19 mars 1982. Cette période de l'année est critique pour les personnes âgées vu la longueur et les rrigueurs de l'hiver.

Avant et après chaque séance, une mini-autobus de l'Université du Québec à Trois-Rivières véhicule les personnes âgées, exception faite de quelques personnes qui se rendent à l'école à pied. Le vécu hebdomadaire auprès des enfants est d'une durée d'une heure et demie au minimum. Tout de suite après cette rencontre, une pause café suit, permettant aux personnes âgées de discuter entre elles de ce qu'elles viennent de vivre. On peut ainsi recueillir un "feedback" immédiat et l'investir de façon continue. De plus, par la même occasion, la planification pour la semaine à venir s'effectue. Ceci se fait

en présence des professeurs, chercheurs et bien sûr des personnes âgées. Les discussions qui ont lieu lors des allers et retours de l'autobus sont très souvent révélatrices pour l'expérience.

D'autres rencontres supplémentaires de planification ont lieu à quelques reprises pour les professeurs et les chercheurs.

Avant que ne soit élaboré le contenu proprement dit des activités, il convient de décrire les mesures utilisées lors du testing.

Mesures utilisées

1- Questionnaire de renseignements généraux

Le premier instrument est un questionnaire de renseignements généraux. Il est administré à toutes les personnes âgées. C'est un outil visant à connaître différents renseignements personnels tels l'âge, le sexe, l'occupation, le statut marital, le lieu de résidence,... (voir appendice A).

2- Questionnaire de Beck

En second lieu, le questionnaire de Beck est utilisé comme mesure de dépression, avant et après l'expérience de dix semaines où les personnes âgées et les élèves se rencontrent en classe(voir appendice A).

Selon Beck(1967), c'est en 1961 qu'avec ses collaborateurs il publie un questionnaire spécifiquement destiné à l'étude des dépressions: "Depression Inventory".

Ce dernier est composé de 21 item 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:

A: Humeur	L: Repliement
B: Pessimisme	M: Indécision
C: Sentiment d'échec	N: Image du corps
D: Insatisfaction	O: Inhibition pour
E: Sentiment de culpabilité	le travail
F: Sentiment de punition	P: Trouble du sommeil
G: Haine de soi-même	Q: Fatigabilité
H: Auto-accusations	R: Perte d'appétit
I: Désirs de suicide	S: Perte de poids
J: Pleurs	T: Préoccupations
K: Irritabilité	sonatiques
	U: Perte de libido

(Delay, 1963, p. 498-499)

Le score total est obtenu en additionnant les scores de l'individu aux différentes catégories. 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 grave et finalement de 30 à 63, grave.

Les auteurs ont donc fait l'hypothèse que la note totale à ce questionnaire indiquait la profondeur subjective de la dépression. Ils ont étudié sur le plan métrologique la fidélité et la validité de l'instrument.

La fidélité du questionnaire de Beck

La fidélité ne peut évidemment pas être évaluée par la méthode test-retest étant donné les variations spontanées ou thérapeutiques de la symptomatologie entre les deux applications successives. La méthode de partage par moitié paire-impaire donne un coefficient de fidélité de .86 (.93 après correction de l'atténuation par la formule de Spearman-Brown).

Les auteurs ont d'autre part calculé l'homogénéité de l'épreuve sur 200 sujets. Ils ont comparé la note à 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 S (perte de poids) où le degré de signification était de .01.

La validité du questionnaire de Beck

La validité de concours du questionnaire a été appuyée par de nombreuses études. Celles-ci avaient comme critères de mesure l'évaluation clinique et/ou les tests psychométriques. Réalisées dans trois centres de recherche différents, avec des échantillonnages différents et des procédures psychiatriques variées, ces études ont rapporté des corrélations très similaires entre le résultat du questionnaire et le jugement clinique (.61, .65, .66 et .67). Ces corrélations sont considérées comme significatives.

De plus, une étude s'est intéressée à la capacité du test à détecter les changements cliniques de la profondeur de la dépression. Elle rapporte que le changement obtenu dans le résultat du questionnaire après un laps de temps, est en corrélation avec les changements perçus dans l'évaluation clinique des malades. Le test reflète donc correctement les changements dans la profondeur de la dépression.

La validité a aussi été vérifiée par d'autres tests de dépression. Le questionnaire de Beck présente une corrélation significative de .75 avec l'échelle de dépression (D-scale) du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) et de .40 à .66 avec le Lubin check list.

La validité de construit a aussi été soutenue. 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 majeures

res de sa théorie sont les suivantes: 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.

Plusieurs études ont prouvé, avec l'aide du questionnaire de Beck, l'existence d'une corrélation significative entre la dépression et chacune des prédictions citées dans la théorie. Par exemple, on a trouvé une relation significative entre la dépression et les rêves "masochistes" (Beck and Ward, 1961) tel que cité dans Beck (1967); entre la dépression et la tendance à sous-estimer ses performances actuelles (Loeb et al, 1966) tel que cité dans Beck (1967) ...

Il est reconnu que le questionnaire de Beck est un outil clinique pour être utilisé avec les populations psychiatriques. Toutefois, une étude de Bumberry et al (1978) démontre que le questionnaire de Beck est un instrument valide pour mesurer le niveau de dépression d'une population universitaire. En effet, le coefficient de corrélation r de Pearson est de .77 entre le questionnaire soumis aux universitaires et les taux psychiatriques déjà établis.

Une autre application en milieu "normal" a été faite par Allaire (1982) auprès des personnes âgées dans son projet de mémoire à l'Université

du Québec à Trois-Rivières. L'étude de ce dernier porte sur la dépression en rapport avec les retraités intellectuels et manuels. Les résultats indiquent que les retraités manuels tendent davantage à la dépression comparativement aux retraités intellectuels. La version du questionnaire de Beck utilisée dans la présente étude est empruntée à Allaire (1982). Une copie de cette version apparaît à l'appendice A. Ce dernier a traduit la version revisée du questionnaire de Beck.

Toutefois, la version originale de 1961 (Beck et al, 1961; Beck 1967) a servi de guide. Il s'est aussi inspiré de deux traductions. La première est celle de Delay (1963) qui compte 33 item dont 13 nouveaux. La seconde est celle de Hould (personnelle et inédite), utilisée à des fins de thérapie cognitive.

Pour en évaluer la qualité, Allaire (1982) soumet sa traduction à deux professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Et pour en vérifier la compréhension, il l'administre à un étudiant en psychologie et à un élève du secondaire.

Il est à noter que dans le questionnaire de Beck, le quatrième énoncé de l'item Irritabilité présente des difficultés. Delay (1963), Gould et Reynolds (sous presse) et Pichot, Piret et Clyde (1966) croient que l'énoncé "I don't get irritated at all by the things that used to irritate me" serait mal placé. Au lieu d'être l'énoncé le plus pathologique, il serait le moins pathologique. Cette observation est d'ailleurs confirmée par la corrélation entre l'item et le résultat total. Après l'avoir

déplacé, les auteurs constatent que cet item prend une valeur significative lors de l'analyse factorielle. Dans la traduction d'Allaire (1982), cet énoncé a été modifié pour conserver l'intensité progressive de l'item. Le premier énoncé sert très bien de valeur neutre, tandis que le quatrième énoncé devient "Je me sens irritable pour des choses qui ne m'irritaient pas avant". Dans l'étude d'Allaire (1982), la modification de cet item ne semble pas avoir joué sur les résultats.

Voilà autant de facteurs faisant penser que ce test peut être utilisé auprès d'une personne âgée "normale". Toutefois, la prudence commande de bien conserver présent à l'esprit qu'il s'agit de l'utilisation d'un instrument clinique auprès d'une population normale.

3- Ipat anxiété

La présente échelle constitue une mesure rapide et objective de l'anxiété, sous forme de questionnaire, à partir de manifestations plus ou moins voilées (voir appendice A). Elle se base sur des recherches extensives effectuées à l'Institute for Personality and Ability Testing, Illinois, sous la direction de Cattell et Scheir (1961). Des études d'adaptation et de normalisation sur la population canadienne-française sont menées par l'auteur depuis 1961. La normalisation de l'échelle a été entreprise à l'occasion d'études sur la personnalité. Les résultats permettent de conclure à la possibilité d'application de l'échelle dans les milieux de langue française.

L'échelle se compose de 40 item formulés de façon à assurer

la coopération et la franchise tout en réduisant au minimum l'influence de la suggestion. Elle se prête à l'administration individuelle et collective et se corrige rapidement au moyen d'une grille. La durée de passation est de dix à quinze minutes. On l'a conçue de façon à la rendre applicable aux deux sexes de tous les âges à partir de 14 ou 15 ans. On peut facilement la réadministrer après une semaine et plus, car on observe qu'après ce court intervalle, les sujets ne se rappellent pas, de façon appréciable, de leurs réponses antérieures. Il est ainsi possible de noter le progrès ou la régression d'un sujet sur une période de temps assez courte.

La cote principale élicitée par l'échelle est celle de "l'anxiété totale" qu'on transforme habituellement en cote pondérée "sten" sur une échelle de dix points.

L'échelle se prête cependant à une analyse plus poussée de la nature de l'anxiété selon deux divisions. a) Les 20 premiers items donnent une cote d'anxiété voilée ou latente, les 20 derniers une cote d'anxiété manifeste ou symptomatique. Il est possible de la sorte d'étudier le niveau de conscience concernant ce phénomène chez un sujet. b) Un fractionnement préétabli par analyse factorielle des 40 items donne lieu à une étude de la contribution des cinq facteurs de la personnalité déterminés expérimentalement comme les sources de l'anxiété.

Avant de présenter ces facteurs, il convient de préciser que la nature de l'anxiété, à laquelle se réfère l'échelle Ipat a été déterminée par analyse factorielle après de longues études effectuées à partir

de diverses conceptions cliniques existantes. L'anxiété constitue une unité fonctionnelle de la personnalité différente du névrotisme et existe à un niveau appréciable chez tout individu normal quoiqu'elle ait tendance à être plus élevée chez le névrosé.

Sources de l'anxiété

L'anxiété, ici est avant tout un concept d'opération intégrant les notions cliniques et expérimentales habituelles. L'anxiété, phénomène psychologique, est la résultante dynamique de cinq facteurs du fonctionnement de la personnalité. Chacun de ces facteurs contribue à l'anxiété quoique l'importance de la contribution de chacun varie d'un individu à l'autre.

a) Faiblesse de la conception de soi (Q_3)

De toute apparence, ce facteur démontre la capacité de l'individu à intégrer un comportement selon un schème propre où il tient compte des sentiments qui l'animent et accepte les valeurs sociales, ou modes sociaux qui s'y rattachent. La faiblesse d'une telle intégration du comportement en rapport à une conception de soi claire et définie constitue une des causes principales du développement de l'anxiété. On peut aussi considérer la composante Q_3 comme un moyen de mesurer à quel point l'anxiété est devenue liée à des habitudes de caractères approuvées socialement.

b) Faiblesse du Moi (C)

Le facteur C correspond au concept connu de la force du Moi; la capacité à contrôler et à exprimer les tensions de façon appropriée et réaliste. La corrélation négative qu'entretient ce facteur avec l'anxiété totale indique qu'un Moi faible faisant appel à un bon nombre de défenses engendre de l'anxiété, ou encore, ce qui est probablement plus juste scientifiquement, qu'un degré élevé d'anxiété cause une régression ou empêche la croissance normale de la puissance du Moi.

c) Tendance paranoïde ou suspicion (L)

La raison pour laquelle on observe une corrélation entre le facteur "tendance paranoïde" et un niveau élevé d'anxiété demeure encore obscure. Est-ce que la situation sociale difficile résultant du comportement paranoïde pourrait engendrer de l'anxiété? Il semble plus sûr cependant que ce score représente la contribution de l'insécurité sociale initiale à l'anxiété et s'accompagne du développement de défenses paranoïdes.

d) Disposition à la culpabilité (O)

Sous son aspect descriptif, le facteur O représente l'anxiété dépressive de culpabilité et pourrait correspondre à une inclination constitutionnelle à l'anxiété. Sous sa forme extrême, il constitue une combinaison de dépression, d'accusation de soi et d'agitation qu'on observe chez certains malades mentaux hospitalisés. Ses caractéristiques principales sont des sentiments d'impuissance et d'inutilité, une forte tension et de

la dépression donnant facilement accès à des sentiments de culpabilité de toutes sortes. En termes freudiens, c'est l'anxiété engendrée sous les pressions du Surmoi..

e) Tension nerveuse (Q₄)

Ce facteur indique le degré d'anxiété originant du fond pulsionnel; toute tendance excitée et tout besoin insatisfait ont pour effet d'accroître ce facteur. Il rend probablement compte des corrélations positives observées entre l'anxiété et l'efficacité au travail en rendant l'individu alerte. On note de plus que cette composante de l'anxiété est en corrélation avec des facteurs de diverses natures comme l'excitation de nature sexuelle, le besoin d'être reconnu, la peur engendrée par les situations. L'individu présentant un niveau élevé de cette composante est susceptible d'apparaître émotif, tendu, irritable et "énervé".

Validité et fidélité de l'échelle Ipat

La validité du test en est d'abord une de nature interne ou conceptuelle (construct validity); c'est-à-dire que la validité de chacun des item est établie par le fait qu'il entre en corrélation très significative avec les facteurs primaires qu'il représente (faiblesse du Moi, facteur O, facteur C, etc...) dans plus de 2,000 réponses à des questionnaires. Ainsi, les doutes concernant la validité qu'on obtient lorsqu'on emploie des critères externes dont la fidélité est inconnue, comme le succès au travail ou certains problèmes de comportement, n'existent pas ici. Les item pour les cinq facteurs (C, O, L, Q₃ et Q₄) ont été choisis parmi

les plus significatifs du test 16 P.F. de R.B. Cattell (1952) tel que cité dans Cormier (1962).

De son côté, la validité du score total d'anxiété est établie à partir des corrélations obtenues entre les cotes des cinq facteurs primaires mentionnés avec le facteur "anxiété générale" dans six études portant sur une population où l'échantillon était de plus de 1,000 sujets (Cormier (1962)).

La fidélité par la méthode de bisection dans laquelle le test est divisé symétriquement de façon à ce que les cinq facteurs soient représentés également dans chaque moitié, est de .84 sur un échantillon de 240 adultes normaux et de .91 pour une population mixte de normaux et de névrosés. Il s'ensuit que pour la population générale, la validité interne ou conceptuelle, c'est-à-dire la corrélation du test avec le facteur anxiété "pure" est égale à .92.

La validité externe a été étudiée par les trois méthodes les plus sûres.

a) La corrélation avec des estimations cliniques du niveau d'anxiété effectuées de façon indépendante par deux psychiâtres sur 85 patients: on trouve une identité du facteur commun des estimations des psychiâtres avec le facteur général d'anxiété.

b) La corrélation avec des mesures physiologiques et des manifestations d'anxiété dans le comportement: la conclusion essentielle est

que de telles mesures sont en grande partie identiques à celles du questionnaire.

c) La comparaison des scores de normaux, de névrosés et d'hystériques: les résultats de l'étude de Cattell et Scheir (1961) montrent que l'on doit s'attendre à ce que les sujets classifiés comme hystériques d'anxiété ont un score plus élevé à l'échelle que les sujets souffrant d'hystérie de conversion.

Comme cette échelle s'adresse à tous les niveaux d'âge, cela permet de l'utiliser avec sûreté auprès d'une population âgée. Voilà pourquoi cet instrument est privilégié comme mesure d'anxiété dans la présente recherche.

Activités pédagogiques

Cette dernière partie du chapitre est consacrée à l'élaboration du contenu des activités pédagogiques. Pour chacune des 15 activités, un thème précis est choisi et développé pour favoriser le contact de l'aîné et de l'enfant. Dans cette section, seuls les titres des activités sont mentionnés. On trouve à l'appendice B leur contenu détaillé. Il n'est pas inutile de rappeler que ces activités s'insèrent dans le processus régulier d'apprentissage de l'élève.

- 1- Premier contact entre les personnes âgées et les enfants.
- 2- Se situer dans l'espace, milieu de vie.
- 3- Projection du film "La toile de lin".
- 4- Parlons du vécu quotidien d'autrefois.

- 5- Les métiers d'aujourd'hui et d'autrefois.
- 6- Les soirées d'autrefois.
- 7- Les traditions.
- 8- Histoire de la paroisse (partie 1).
- 9- Histoire de la paroisse (partie 11).
- 10- Fête de l'amitié.
- 11- Travaux manuels.
- 12- Préparation à la confirmation (partie 1).
- 13- Préparation à la confirmation (partie 11).
- 14- Les semis.
- 15- La fête.

Chapitre III

Analyse des résultats et discussion

Analyse des résultats et discussion

Il convient de rappeler que le questionnaire de Beck ainsi que l'Ipat anxiété sont utilisés comme mesures de dépression et d'anxiété. Les données de l'expérience sont soumises à une analyse de variance $p \times q$ avec mesures répétées sur q^1 . Le facteur p étant la variable groupes; q la variable pré, post-test. La variable groupes a deux niveaux, soit: a) groupe expérimental et b) groupe contrôle. La variable pré, post-test se divise aussi en deux niveaux, soit: a) pré-test et b) post-test. Un seuil α de .05 est choisi a priori pour déterminer la signification des tests. Il s'avère important de rappeler au lecteur que les hypothèses de l'étude sont les suivantes: a) il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire b) il y aura également diminution du niveau d'anxiété chez la personne âgée suite à son insertion dans un milieu scolaire.

Par ailleurs, il est bon de rappeler que le questionnaire de Beck est un instrument composé 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 mo-

¹WINER, R.J. (1971). Statistical principles in experimental design (2e éd.) New York: Mc Graw-Hill.

dérée sévère et finalement de 30 à 63, sévère.

Quant à l'Ipat anxiété, il est composé de 40 items. La cote principale est celle de l'anxiété totale transformée en cote pondérée "sten". Cette échelle se subdivise en deux cotes: l'anxiété voilée ou latente(A) et l'anxiété manifeste ou symptomatique(B). Par ailleurs, les 40 items se répartissent en cinq sections donnant lieu à une étude des cotes suivantes: 1) cote Q_3 (faiblesse de conception de soi) 2) cote C (faiblesse du Moi) 3) cote L (tendance paranoïde) 4) cote O (disposition à la culpabilité) et finalement 5) cote Q_4 (tension nerveuse).

Analyse des résultats

L'exposé des résultats se divise en deux sections: premièrement, l'analyse des résultats du questionnaire de Beck en rapport avec les facteurs groupes, pré, post-test ainsi que l'interaction des facteurs groupes et pré, post-test et deuxièmement, l'analyse des résultats à l'Ipat anxiété pour ces mêmes facteurs.

a) Questionnaire de Beck

Les résultats bruts obtenus pour le questionnaire de Beck sont illustrés à l'appendice C au tableau 3. Par ailleurs, les résultats de l'analyse de variance suivent au tableau 1.

Tableau 1
Résultats de l'analyse de variance
pour le questionnaire de Beck

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test(P)	1	.52	.01	.94
Groupes (G)	1	2.52	.30	.59
Erreur	22	97.14		
P X G	1	38.52	4.57*	.04
Erreur	22	8.42		

* $p < .05$

Pour le questionnaire de Beck, l'effet des facteurs pré, post-test(P) et groupes(G) est trouvé non significatif ($p > .05$). Seule l'interaction P X G s'avère significative ($F (1,22) : 4.57$, $p < .05$). La figure 1 qui suit illustre bien cette interaction.

Les comparaisons des moyennes obtenues, à l'aide du test Tuckey A (Sokal et Rohlf, 1981) par les groupes contrôle et expérimental laissent voir que le groupe expérimental obtient une cote plus élevée (8.91) que le groupe contrôle (6.91) au pré-test, $t (21) : 2.0$, $p < .01$.

Au post-test, le groupe expérimental obtient une cote moins

élevée (6.66) que le groupe contrôle (8.25), $t(21): 1.51, p .05$.

Pour le groupe expérimental, le pointage obtenu au pré-test (8.91) est trouvé statistiquement supérieur à celui obtenu au post-test (6.66), $t(21): 2.31, p < .01$.

Quant au groupe contrôle, les pointages obtenus au pré-test (6.91) et au post-test (8.25) sont trouvés statistiquement identiques ($p > .05$).

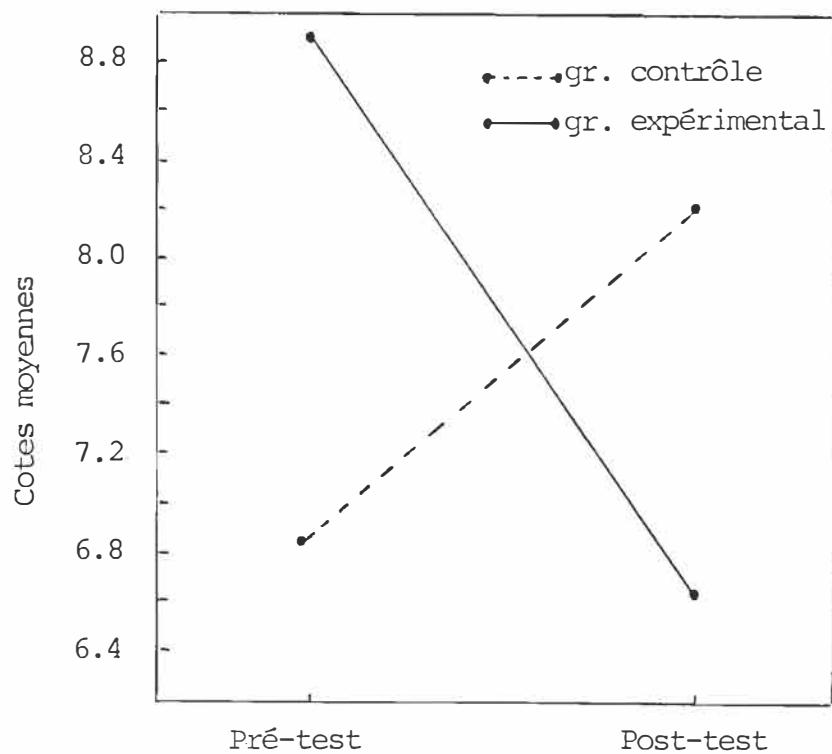


Fig. 1- Moyennes des groupes contrôle et expérimental au questionnaire de Beck.

b) Ipat anxiété

L'analyse des résultats de l'Ipat anxiété démontre qu'aucun des effets simples des facteurs groupes (G), pré, post-test (P) n'est trouvé significatif. Il en est de même pour l'interaction des facteurs groupes et pré, post-test (P X G). Et ceci s'applique pour les différentes cotes de l'Ipat anxiété (pondérée totale, A, B, Q₃, C, L, O, Q₄) et ce, sans exception. Un seuil α de .05 a été choisi pour déterminer le degré de signification. Il est possible de consulter les tableaux de l'appendice D pour constater ces résultats ainsi que le tableau 2 qui suit pour en avoir un résumé.

Par ailleurs, pour obtenir les résultats bruts aux différentes échelles de l'Ipat par les groupes expérimental et contrôle lors du pré-test et du post-test, le lecteur peut se référer aussi aux tableaux retrouvés en appendice D. De plus, les figures de l'appendice D illustrent les moyennes des groupes contrôle et expérimental aux différentes cotes de l'Ipat.

Discussion

A la suite de l'analyse des résultats, la discussion sera orientée selon deux aspects, soit en fonction de la dépression, soit en fonction de l'anxiété. En effet, le changement qui se produit dans ces deux variables est l'objet des hypothèses.

a) première hypothèse: "Il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire."

Cette première hypothèse est confirmée. En effet, les résultats

Tableau 2

F des analyses de variance et seuils de signification
pour les différentes cotes de l'Ipat anxiété

Sources de variation Cotes	Pré, post-test(P)	Groupes (G)	P X G
pondérée totale	1.50 (.23) ¹	.04 (.84)	.77 (.39)
anxiété latente (A)	.06 (.80)	.08 (.77)	.00 (.96)
anxiété manifeste (B)	.78 (.38)	1.43 (.24)	1.44 (.24)
faiblesse de conception de soi (Q ₃)	.07 (.79)	3.01 (.09)	.01 (1.0)
faiblesse du Moi (C)	1.33 (.26)	1.20 (.28)	.60 (.44)
tendance paranoïde (L)	.28 (.60)	.01 (.92)	2.03 (.16)
disposition à la culpabilité (O)	.29 (.59)	.15 (.70)	.07 (.79)
tension nerveuse (Q ₄)	1.84 (.19)	.01 (.93)	.05 (.82)

¹ seuil de signification, p < .05

de l'analyse de variance laissent voir un effet significatif de l'interaction pré, post-test et groupes ($F(1,22) : 4.57, p < .05$).

Avant d'entamer la discussion proprement dite, il est bon de rappeler qu'un score de 0 à 9 dans l'échelle de Beck indique une absence de dépression. Comme les moyennes des scores obtenus ne dépassent pas ce nombre, il convient donc de parler de tendance à la dépression plutôt que de dépression comme telle. En effet, si l'on se réfère au tableau 3 à l'appendice C, les résultats bruts démontrent qu'au pré-test, huit sujets sur douze dans le groupe expérimental obtiennent un score inférieur à 9 alors que deux autres sujets de ce même groupe se classent dans la catégorie de 10 à 15 où l'on considère la dépression comme légère. Quant aux deux derniers sujets du groupe expérimental, leur niveau de dépression était considéré comme léger modéré (16 à 19). La moyenne du groupe au pré-test, bien qu'étant de 8.91 s'approche sensiblement du seuil de dépression. Fait intéressant à remarquer, lors du post-test, huit sujets du groupe expérimental se retrouvent dans la catégorie absence de dépression alors que les quatre autres sont classés dans la section dépression légère. Cette fois, on ne retrouve plus aucun sujet dans la classe légère modérée. En ce qui a trait à la moyenne du groupe expérimental lors du post-test, elle a effectivement diminué, elle est maintenant de 6.66.

Les sujets du groupe contrôle se classent pour leur part de la façon suivante lors du pré-test: huit sujets dans la catégorie absence de dépression, deux dans la catégorie dépression légère, un dans la catégorie légère modérée et un dernier dans la section modérée grave (20 à 29). La moyenne

du groupe étant de 6.91. Lors du post-test, ces mêmes sujets se répartissent dans les catégories suivantes: dix dans la classe absence de dépression, un autre dans la classe modérée grave et finalement un dernier dans la classe grave; ce qui fait augmenter le niveau de dépression à 8.25.

A la lecture de ces résultats, n'est-il pas juste de prétendre qu'une telle expérience soit d'autant plus favorable à des personnes qui ont une tendance à la dépression, comme l'étaient les sujets du groupe expérimental. Il est aussi possible de croire que des individus comme ceux appartenant au groupe contrôle, qui au point de départ ont un niveau de dépression relativement bas, ne sentent pas le besoin de s'impliquer dans une telle expérience.

Par ailleurs, comme Sallamy (1965), Beck (1967) et Birnbaum (1973) le mentionnent, le déprimé ressent souvent un sentiment d'inutilité. Or, il est possible de présumer que la personne âgée qui s'est impliquée dans le projet a de nouveau ressenti le fait qu'elle pouvait encore être utile à quelqu'un, à quelque chose. Par ailleurs, Sallamy (1965) et Beck (1967) soutiennent que du côté des manifestations d'ordre motivationnel, on retrouve chez la personne qui a tendance à être déprimée une paralysie de la volonté. En quelque sorte, on pourrait dire que l'individu ne s'implique plus. Ainsi, l'aîné qui investit de son temps dans le projet réussit de cette façon à contrer cette inertie qui assaille plusieurs personnes âgées. De plus, comme le stipule Beck (1967), le déprimé n'expérimente plus aucun stimulus interne qui le fait agir. C'est là que l'enfant vient jouer le

rôle de bougie d'allumage auprès de l'agé. L'enfant vient réveiller chez ce dernier des souvenirs endormis. Il vient le sortir de sa routine de vie quotidienne.

Birnbaum (1973) quant à lui, exprime le fait que le déprimé ressent un grand besoin d'amour et d'attention. N'est-il pas possible de croire que les liens qui se créent entre les enfants et les personnes âgées jouent un rôle important dans la satisfaction de ces besoins?

D'autre part, Duplantie et Hébert (1981) mentionnent un aspect très important à savoir que la perte progressive de prestige et des fonctions sociales font que la personne âgée ne participe plus à une action communautaire valorisante. Ainsi, la présente étude vise justement la réinsertion sociale de la personne âgée au sein même de la communauté en lui donnant l'opportunité de transmettre un savoir à l'enfant. De plus, elle tente de permettre à l'aîné de ressentir à nouveau qu'il a un rôle social important à exercer autour de lui. Par surcroît, Bunzel (1972) ainsi que Duplantie et Hébert (1981) ajoutent que notre société ne donne pas de rôles importants à un groupe dont les membres présentent le plus haut taux de mortalité. Or, une telle étude tend à prouver que la personne âgée est une personne qualifiée dans la transmission des us et coutumes.

Ces divers éléments semblent donc expliquer pourquoi la personne âgée qui s'est impliquée dans le projet a réussi à diminuer son niveau de dépression.

On peut aussi considérer la baisse de dépression sous l'angle de la prévention. Outre les tentatives d'explications précédentes, il est bon de mentionner que l'hiver est souvent considéré comme une période creuse par les personnes âgées. Clouées à la maison, certaines se laissent choir dans l'inactivité et sombrent parfois dans des moments de tristesse et d'amerterne. Or, comme l'expérience se déroule tout au long de l'hiver, les personnes âgées participantes n'ont pas besoin d'espérer la venue du printemps avec impatience. Elles se rendent à l'école régulièrement, et dehors de ces activités vaquent à leurs occupations quotidiennes tout en se préparant pour le cours suivant.

Pour ces différentes raisons, une expérience semblable permet à la personne âgée de se sentir utile, de croire qu'un rôle lui revient en tant qu'aîné dans notre société. Toutefois, suite à de tels résultats, il convient de faire appel à la prudence puisqu'une expérience comme celle-ci ne permet pas d'isoler les variables incontrolables qui ont certes pu influencer également le niveau de dépression des aînés.

b) deuxième hypothèse: "Il y aura diminution du niveau d'anxiété chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire."

Quant à cette hypothèse, elle est infirmée. En effet, il n'y a pas de diminution du niveau d'anxiété de la personne âgée suite à son insertion dans un milieu scolaire. Comment expliquer ces résultats?

D'abord, comme Kahn (1977) le mentionne, l'anxiété est la motivation ou la pulsion qui nous rend prêt à agir. De plus, cet auteur ajoute

que l'anxiété est une composante nécessaire chez l'individu et que tant son absence qu'une trop grande présence d'anxiété peut être néfaste à l'individu. En ce sens, les sujets de la présente recherche auraient donc une motivation positive et suffisante pour mener une vie normale.

Par ailleurs, puisque le niveau d'anxiété ne varie pas de façon significative, peut-être comme le stipule May (1950) que l'anxiété peut être considérée comme normale. Comme Kalish (1977) le mentionne, s'il y a un "état" mental spécifique au vieillissement, ce ne peut être que l'anxiété. En effet, Butlert et Lewis (1973) ainsi que Bromley (1975) supposent que les changements accélérés au niveau corporel, des sentiments et de l'environnement requièrent de la part des personnes âgées un nouvel apprentissage et par conséquent intensifient chez elles l'anxiété.

Si une toute à la lecture de ces résultats on peut prétendre que la dépression se distingue de l'anxiété et se rallier à l'idée de Kahn (1977) à ce sujet. Ainsi, le niveau de dépression peut diminuer sans que le niveau d'anxiété en soit modifié puisque comme nous l'avons vu, cette composante est inhérente à la plupart des expériences quotidiennes de la vie d'un individu, et qui plus est, de la personne âgée.

Conclusion

Les objectifs de cette recherche étaient d'introduire des personnes âgées dans un milieu scolaire en tant que nouvelle approche inter-générationnelle. Ce faisant, une des visées plus spécifique de l'étude était de connaître l'influence d'une telle expérience sur les niveaux de dépression et d'anxiété de l'aîné.

Effectivement, il en émane un effet significatif du traitement sur le niveau de dépression dans le sens d'une diminution de la dépression chez le groupe expérimental. Toutefois, on constate que le niveau d'anxiété n'est pas modifié suite à cette expérience.

Dans une étude comme celle-ci, qui se veut une recherche "sur le champ", il est très important de conserver une attitude de grande prudence quant à l'interprétation des résultats. En effet, le chercheur a très peu de contrôle sur les variables indépendantes. Il devient difficile pour lui d'identifier la direction de la causalité. Par contre, cette expérience permet d'étudier une relation qui est difficile à manipuler en laboratoire, à savoir le contact enfant-personne âgée.

L'école St. Michel des Forges s'avère un milieu des plus propices à la tenue d'une telle expérience. Les professeurs, la direction de l'école, et tous ceux qui sont impliqués directement ou indirectement dans cette expérience se montrent d'une ouverture peu commune. Cela ne peut qu'accroître

les chances de réussite de l'étude.

Suite aux investigations qui sont entreprises dans ce domaine, l'auteur souhaite que l'expérience se poursuive. Une sélection des sujets âgés provenant de différents milieux ainsi qu'une meilleure préparation des âgés avant le début de l'expérience ne pourraient qu'améliorer la qualité de l'étude.

Du côté des enseignants, il y a lieu d'augmenter la préparation psychologique de ces derniers avant que ne débutent les activités mettant en relation les enfants et les aînés. Par ailleurs, les personnes âgées et les enseignants pourraient se rencontrer à l'occasion pour faire la mise au point et pour exprimer de part et d'autre leurs commentaires et suggestions.

Bien que cette expérience favorise le contact de personnes âgées et d'enfants de niveau primaire, rien n'empêche qu'une telle expérience se renouvelle avec des étudiants de niveau secondaire par exemple. Bien plus, le rôle de la personne âgée peut s'étendre davantage. Qui sait? Des enfants sociaux affectifs, des délinquants voire même des handicapés peuvent bénéficier de la présence de personnes qui ont le temps de les écouter, les aînés.

Une ouverture d'esprit face à l'éventualité de la réalisation de tels projets démontrerait à quel point la personne âgée a un rôle important à jouer au sein de notre société moderne par le biais de ce qui prolonge la vie familiale, l'école.

Il ne pourrait être passé sous silence le fait que l'expérience en cours s'insère dans le cadre d'un projet pilote qui se poursuivra dès l'hiver 1983. Dans les années à venir, le projet devrait prendre plus d'ampleur pour dépasser les frontières de la Mauricie et s'étendre à la grandeur du Québec.

Appendice A
Epreuves expérimentales

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

(Personnes âgées)

1. Date de naissance

--	--	--	--	--

 6-11
 jour mois année

Date de naissance de
 votre conjoint

--	--	--	--	--

 12-17
 jour mois année

2. Sexe masculin

1

 18
 féminin

2

3. (Cochez la case appropriée)

Etat marital marié(e)

1

 veuf(ve)

2

 célibataire

3

 divorcé(e) ou séparé(e)

4

 19

Depuis combien d'années? 20-21

Avez-vous un compagnon ou une compagne que vous voyez régulièrement?

oui

1

 22
 non

2

4. Lieu de résidence (cochez la case appropriée)

dans votre maison

1

 au foyer

2

 dans un centre d'accueil

3

 dans un centre hospitalier

4

 23
 chez vos enfants

5

5. Combien d'enfants avez-vous? garçons

--	--

 24-25
 filles

--	--

 26-27

6. Combien de vos enfants sont
 mariés

--	--

 célibataires

--	--

 divorcés ou séparés

--	--

 veuf(ves)

--	--

 28-35

7. Combien avez-vous de petits-enfants?

67

garçons filles

36-37

38-39

8. (Cochez la case appropriée)

Avez-vous de la visite

	souvent	de temps en temps (3 à 4 fois/année)	rarement (1 fois/année)	
de vos enfants mariés	1	2	3	40
de vos enfants céliba- taires	1	2	3	41
de vos enfants séparés	1	2	3	42
de vos petits-enfants	1	2	3	43
d'ami(es)	1	2	3	44

9. Visitez-vous

	souvent	de temps en temps (3 à 4 fois/année)	rarement (1 fois/année)	
vos enfants	1	2	3	45
vos petits-enfants	1	2	3	46
vos ami(es)	1	2	3	47

10. Etant donné votre âge, votre santé est:

très bonne

bonne 2

normale 3

48

faible 4

mauvaise 5

11. Avant de prendre votre retraite, quelle a été votre dernière occupation?

12. Quel est votre principal passe-temps actuel? (Ex. travail, bénévolat, tricot, menuiserie, cartes, âge d'or, pêche,...)

13. Revenus financiers

moins de \$5,000.

1

de \$5,000. à \$7,500.

2

de \$7,500. à \$10,000.

3

49

de \$10,000. à \$15,000.

4

plus de \$15,000.

5

14. Vous transportez-vous principalement

avec votre voiture

1

par autobus-train-taxi

2

50

souvent par ambulance

3

autres

4

15. Est-ce que vous transporter

est facile pour vous

1

est difficile(Je demande à quelqu'un)

2

est très difficile(vu votre état de santé)

3

51

QUESTIONNAIRE DE BECK

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. S'il vous plaît, lisez attentivement chacun de ces groupes d'énoncés. Ensuite, choisissez dans chacun des groupes, l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous sentiez cette semaine, aujourd'hui inclus. Cochez la case placée devant l'énoncé que vous avez choisi. S'il y a plusieurs énoncés dans un même groupe qui décrivent également ce que vous avez ressenti, indiquez celui dont le chiffre est le plus élevé. Prenez bien soin de lire tous les énoncés de chaque groupe avant de faire votre choix.

- 01) - Je ne me sens pas triste 0
 - Je me sens triste 1
 - Je me sens tout le temps triste et je n'arrive pas à m'en sortir 2
 - Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter 3 7
- 02) - Je ne suis pas particulièrement découragé au sujet de l'avenir 0
 - Je me sens découragé face à l'avenir 1
 - Je sens que je n'ai rien de bon à attendre de l'avenir 2
 - Je sens qu'il n'y a rien à attendre de l'avenir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer 3 8
- 03) - Je n'ai pas l'impression d'avoir manqué ma vie 0
 - Je sens que j'ai eu plus d'échecs que la moyenne des gens 1
 - Quand je regarde ma vie passée, je ne vois que des échecs 2
 - J'ai l'impression d'être une personne qui a complètement échoué sa vie 3 9

- 04)- Les choses me procurent autant de satisfaction qu'auparavant
- Je ne profite pas des choses autant que j'en avais l'habitude
 - Je ne retire plus de satisfaction réelle de quoi que ce soit
 - Tout m'ennuie ou me déplaît

0
1
2
3

10

- 05)- Je ne me sens pas particulièrement coupable
- Je me sens coupable une bonne partie du temps
 - Je me sens coupable pratiquement tout le temps
 - Je me sens coupable tout le temps

0
1
2
3

11

- 06)- Je n'ai pas l'impression que je suis puni
- J'ai l'impression que je pourrais être puni
 - Je m'attends à être puni
 - J'ai l'impression d'être puni

0
1
2
3

12

- 07)- Je ne suis pas déçu de moi-même
- Je suis déçu de moi-même
 - Je suis dégoûté de moi-même
 - Je me hais

0
1
2
3

13

- 08)- Je n'ai pas l'impression d'être pire que les autres
- Je me critique pour mes faiblesses ou mes erreurs
 - Je me blâme tout le temps pour mes fautes
 - Je me blâme, toutes les fois que ça va mal

0
1
2
3

14

- 09)- Je n'ai pas l'idée de me suicider
- Je pense à me suicider, mais je ne le ferai pas
 - J'aimerais me suicider
 - Je me serais suicidé, si j'en avais eu la chance

0
1
2
3

15

- 10)- Je ne pleure pas plus que d'habitude 0
 - Je pleure plus maintenant que d'habitude 1
 - Maintenant, je pleure tout le temps 2
 - Auparavant je pouvais pleurer; mais maintenant même si je le veux, je ne peux pas pleurer 3 16
- 11)- Je ne suis pas plus irritable que d'habitude 0
 - Je me fâche ou je m'emporte plus facilement qu'auparavant 1
 - Je me sens toujours irritable 2
 - Je me sens irritable pour des choses qui ne m'irritaient pas avant 3 17
- 12)- Je n'ai pas perdu mon intérêt à l'égard des gens 0
 - Les gens m'intéressent moins qu'auparavant 1
 - J'ai perdu presque tout intérêt pour les gens 2
 - Les gens ne m'intéressent absolument plus 3 18
- 13)- Je peux prendre d'aussi bonnes décisions que d'habitude 0
 - J'évite plus souvent qu'avant de prendre des décisions 1
 - J'ai plus de difficultés à prendre des décisions qu'avant 2
 - Je suis incapable de prendre la moindre décision 3 19
- 14)- Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire que d'habitude 0
 - J'ai peur de paraître vieux et sans attrait 1
 - J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents dans mon apparence qui me rendent non attrayant 2
 - Je crois que je suis laid 3 20

15) - Je peux travailler aussi bien qu'avant 0

- Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 1
- Il faut que je me fouette très fort pour faire quelque chose 2
- Je suis incapable de faire le moindre travail 3

21

16) - Je peux dormir aussi bien que d'habitude 0

- Je ne dors plus aussi bien qu'avant 1
- Je me réveille 1 heure ou 2 plus tôt que de coutume et il m'est difficile de me rendormir 2
- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et il m'est impossible de me rendormir 3

22

17) - Je ne me fatigue pas plus que d'habitude 0

- Je me fatigue plus facilement que d'habitude 1
- Un rien me fatigue 2
- Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit 3

23

18) - Mon appétit n'est pas pire que d'habitude 0

- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 1
- J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant 2
- Je n'ai plus du tout d'appétit 3

24

19) - Je n'ai pas perdu de poids, si ce n'est tout récemment 0

- J'ai perdu plus de 5 livres 1
- J'ai perdu plus de 10 livres 2
- J'ai perdu plus de 15 livres 3

25

P.S. Actuellement, j'essaie de perdre du poids en mangeant moins oui 1

non 2

26

- 20)- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude 0
- Certains problèmes physiques m'inquiètent; maux divers; maux d'estomac; constipation 1
 - Certains problèmes physiques m'inquiètent beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose 2
 - Certains problèmes physiques m'inquiètent tellement qu'il m'est impossible de penser à quoi que ce soit d'autre 3 27
- 21)- Je n'ai remarqué aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité 0
- La sexualité m'intéresse moins que d'habitude 1
 - La sexualité m'intéresse beaucoup moins qu'auparavant 2
 - J'ai perdu tout intérêt pour la sexualité 3 28

I.P.A.T. ECHELLE A

74

NOM DATE D'AUJOURD'HUI

SEXE ÂGE AUTRES DÉTAILS
(Ecrire M ou F) (en années et en mois) (Adresse ou profession, selon le cas)

CONFIDENTIEL

Ce cahier contient quarante énoncés ayant trait à des difficultés que la plupart des gens éprouvent un jour ou l'autre. Dans l'une des trois cases de droite, indiquez d'un X votre propre expérience de chacun de ces problèmes. Voici les exemples :

1. J'aime la marche à pied Oui Occasionnellement Non

N'employez la case centrale que si vous ne pouvez dire nettement ni oui ni non, c'est-à-dire le moins souvent possible.

2. Je préfère passer une soirée:

(A) à converser avec des gens. (B) au cinéma A Ni plus A ni B B

Quelques énoncés comportent des choix A et B comme ce dernier. B est toujours à droite. Souvenez-vous de n'employer la case centrale que si vous ne pouvez répondre ni A ni B.

Ne passez pas de question. Ne perdez pas de temps à vous examiner à chaque énoncé, mais répondez franchement selon votre expérience au moment du test. Les gens prennent habituellement de 5 à 10 minutes pour compléter ce questionnaire.

VEUVEZ CE ATTENDRE LE SIGNAL AVANT DE COMMENCER!



Institut de Recherches psychologiques,
34 ouest, rue Fleury, Montréal, P.Q.

1. Il est rare que je m'intéresse longtemps aux mêmes personnes et aux mêmes distractions
2. Même si on a une mauvaise opinion de moi, je reste quand même assez calme
3. Je préfère être sûr de ce que je dis avant de m'introduire dans une discussion
4. Je suis porté à laisser la jalousie guider mes actes
5. Si j'avais à recommencer ma vie, j'aimerais : (A) faire autre chose, (B) faire la même chose
6. J'ai de l'admiration pour mes parents
7. J'accepte difficilement qu'on me réponde par un « non », même quand je sais que je demande l'impossible
8. Quand les gens ont l'air d'être trop aimables avec moi, je doute quand même de leur sincérité
9. En exigeant de moi l'obéissance, mes parents (ou tuteurs) furent : (A) toujours très raisonnables, (B) souvent déraisonnables
10. J'ai plus besoin de mes amis qu'ils ne semblent eux-mêmes avoir besoin de moi
11. J'ai la certitude que, dans une situation grave, je ne perdrais pas la tête
12. Quand j'étais enfant, j'avais peur de l'obscurité
13. On me dit parfois que ma voix ou mes gestes laissent trop voir mon excitation
14. Si les gens abusent de ma bonté : (A) je leur en veux et leur garde rancune, (B) j'oublie vite l'offense et je leur pardonne
15. Les critiques personnelles me bouleversent bien plus qu'elles ne m'aident
16. Bien souvent, je me mets trop vite en colère contre les gens
17. Je me sens mal à l'aise d'éprouver des désirs que je ne puis formuler
18. Il m'arrive parfois de me demander si ce que je dis intéresse vraiment ceux à qui je parle
19. Je n'ai jamais eu de ces vagues sensations de malaise : douleurs imprécises, estomac à l'envers, palpitations au cœur, etc.
20. Lorsque certaines personnes participent à la discussion, je me sens si contrarié que je n'ose parler de peur d'aller trop loin

CONTINUEZ À LA PAGE SUIVANTE.

B

21. Sous l'effet de la tension nerveuse, je dépense plus d'énergie que les autres à exécuter ce que j'ai à faire Q₄(-)
22. Je fais toujours attention pour éviter les distractions ou les oubli de détails
23. Je ne change jamais mes intentions ou mes projets, même si les obstacles sont grands et pénibles Q₄(-)
24. Dans les situations bouleversantes, il m'arrive souvent d'être surexcité et embrouillé C(-)
25. Je fais parfois des rêves si intenses que mon sommeil en est troublé
26. Je trouve toujours assez d'énergie pour faire face aux difficultés C(-)
27. Je me sens parfois comme forcé à compter les choses, sans aucune raison particulière de le faire L
28. La plupart des gens sont un peu détraqués, mais ils ne l'admettent pas facilement
29. Quand je fais une gaffe, je l'oublie assez rapidement O
30. Il m'arrive d'être de mauvaise humeur et de ne vouloir voir personne : (A) parfois, (B) assez souvent O
31. Quand je fais quelque chose de travers, j'en ai presque les larmes aux yeux O
32. Même au cours d'activités sociales, je me sens parfois envahi par le sentiment d'être seul et inutile O
33. Je m'éveille la nuit et, submergé d'inquiétude, j'ai de la difficulté à me rendormir O
34. Mon moral est ordinairement bon, quelles que soient les difficultés que j'éprouve O
35. J'éprouve parfois des sentiments de culpabilité ou du remords pour des choses sans gravité O
36. J'ai les nerfs à fleur de peau, au point que certains bruits (grincements, etc.) me sont insupportables et me donnent le frisson O
37. Après avoir été bouleversé, je retrouve mon calme ordinairement assez vite Q₄
38. Il m'arrive souvent de trembler ou de transpirer à la seule pensée d'une tâche difficile qui m'attend Q₄
39. D'habitude, je m'endors presque aussitôt après m'être couché : c'est-à-dire en quelques minutes Cote B
40. Je me sens parfois tendu ou agité quand je pense à mes problèmes ou aux choses qui m'intéressent

ARRÊTEZ ICI.

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

Nom Sexe Âge Date Examinateur

Cote A (latente, voilée) (p. 2)		Cote B (manifeste, sympt.) (p. 3)		COTE BRUTE TOTALE (A + B)
Cotes brûles : Q ₁ (-), C(-), L, O, Q ₂				
Cotes pondérées : Q ₁ (-), C(--), L, O, Q ₂				COTE PONDÉRÉE TOTALE (sten) (Tableau 2)
Cote en Décile	Observations qualitatives :			Cote pondérée Stens
10				10
9	Résumé du diagnostic :			9
8				8
7				7
6				6
5				5
4				4
3				3
2				2
1				1
0				0

Appendice B
Contenu des activités pédagogiques

Ecole St. Michel des ForgesActivité 1

Premier contact avec les personnes âgées. Les intégrer avec les groupes d'élèves, déjà formés.

Déroulement:

Présentation de chacun

Prendre le temps nécessaire pour faire connaissance

Pour terminer l'activité: revenir en groupe-classe et échanger nos découvertes.

Filmer cette première rencontre.

Le 13 janvier 1982.

Nom de grand-père:

nombre
d'enfants

Lieu de naiss:

Prof:

Nom de grand-mère:

Lieu de naiss:
Prof:

Nom de grand-mère:

Lieu de naiss:
Prof:

nombre
d'enfants

Nom de grand-père:

Lieu de naiss:
Prof:

Nom de mon père:

Lieu de naissance:
Prof:

nombre
d'enfants

Nom de ma mère:

Lieu de naissance:
Prof:

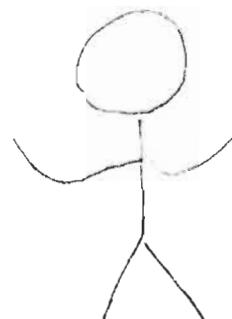
Mon nom:

Lieu de naissance:

Proffession:

Activité 1

But: Se présenter et se situer
dans la perspective des



Ecole St. Michel des ForgesActivité 2

But: Se situer dans l'espace, milieu de vie

Matériel requis: Cartes de Trois-Rivières incluant les rues des Forges.

Déroulement:

- Délimiter les Forges sur la carte. Chaque équipe possède une carte.
- En groupe toujours. Chacun essaie d'identifier son domicile.
- Questionnaire amenant des dialogues possibles sur:
 - a) Pourquoi vivre aux Forges plutôt qu'ailleurs? (les avantages et les inconvénients)
 - b) D'après vous, vivons-nous dans un milieu rural ou urbain?

Mise en commun: retour groupe-classe.

Que chaque équipe fasse un petit compte rendu sur ses découvertes.

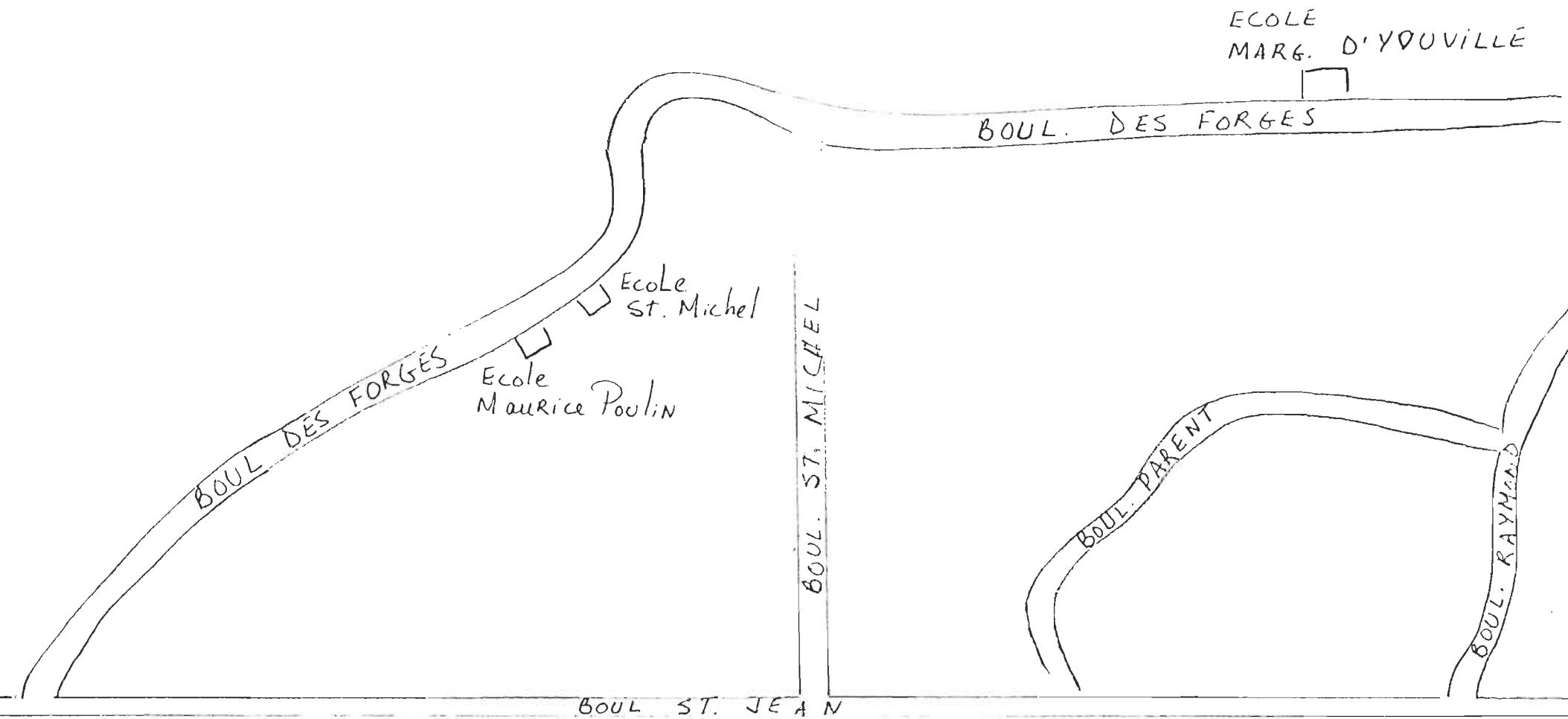
Le 15 janvier 1982.

Secteur des Forges

Le 15 janvier 1982.

Activité 2

But: Se situer dans l'espace
(milieu de vie)



Ecole St. Michel des Forges

Activité 3

Présentation du film "La toile de lin"

Les enfants et les personnes âgées se rendent dans la grande salle pour visionner le film.

Le 20 janvier 1982.

Activité 4

Suite au film "La toile de lin", parlons des choses vécues dans le quotidien.

Thèmes à exploiter:

- Elaboration des repas
- Conservation des aliments
- Filage - Tissage - Confection des vêtements
- Fabrication du pain
- Fabrication du beurre
- Fabrication de la crème glacée
- Lavage - Séchage - repassage
- Tabac
- Jardin potager
- Achats

Le 22 janvier 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 5Les métiers

Apporter des objets en rapport avec le métier

Objectif: Connaître les métiers d'autrefois

- Quel genre de travail existait-il pour les femmes autrefois, en dehors du foyer?
- Et pour l'homme?
- Si vous aviez eu l'éventail de métiers qui existent aujourd'hui, qu'auriez-vous choisi?

Pour l'enfant:

- Quel choix envisages-tu?

Le 27 janvier 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 6Les soirées d'autrefois

Les personnes âgées nous parleraient de:

- jeux de société
- chansons à répondre
- leurs instruments de musique (peut-être en apporter)
- d'histoires
- de légendes

enfin ce qui se passait dans le bon vieux temps

Activité 7Les traditions

Comment se vivaient les grandes fêtes?

- Noël
- Le carême
- Pâques
- L'eau de Pâques
- La cabane à sucre
- Le mois de Marie
- La Guignolée
- Le "sleigh ride"

Avez-vous des recettes spéciales pour toutes ces occasions?

Vous souvenez-vous de la petite école?

Le 3 février 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 8Histoire de la paroisse (partie 1)

Objectif: Connaître les débuts et les étapes qui ont marqué la formation de paroisse.

Matériel requis:

- Montage sur ruban magnétoscopique (30 minutes environ)
- Appareil de télévision

- Présentation de l'interview de monsieur l'abbé Mastai Chicoine dans la grande salle.
- Retour en classe, en petits groupes.
Echange sur les faits et réflexions émises par le premier pasteur de la paroisse, témoin de sa croissance.

Le 5 février 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 9Histoire de la paroisse (partie 11)

Objectif: Mieux connaître ce qui se passe dans la paroisse à l'heure actuelle.

- Monsieur l'abbé Georges Gendreau vient rencontrer les deux classes et les personnes âgées à cet effet dans la grande salle.

Le 10 février 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 10Fête de l'amitié

Objectif: Permettre aux enfants et aux âgés de fraterniser lors de la fête de la St. Valentin

- Il y a échange de présents
- Un goûter est servi

Le 12 février 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 11Activités manuelles

Objectif: Permettre aux enfants et aux personnes âgées de faire quelque chose ensemble tout en échangeant sur différents points de vue.

Matériel à prévoir: Les enfants et les personnes âgées apportent le matériel requis pour la fabrication de leur objet(laine, corde,...)

Le 19 février 1982.

Ecole St. Michel des Forges

Activité 12

Objectif: Aider l'enfant dans sa préparation pour la Confirmation.

Travail en vue d'un grand collectif illustrant: le vent, le feu,
l'eau vive, le souffle.

Ce grand montage sera exposé à l'église pour la cérémonie de la Confirmation.

Matériel à prévoir:

Chacun peut apporter des illustrations, découpages de revue. Mais n'apporter rien que vous aimeriez conserver. Il serait bon que vous ayez des illustrations pour les quatre thèmes ci-haut mentionnés.

Le 26 février 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 13La Confirmation

Continuation et finalisation du travail amorcé la semaine dernière.

- Finir d'enjoliver son travail.
- Réunir tous les travaux au moyen de papier collant pour en former un collectif (montage) .
- Répartition des rôles à travers l'équipe en vue de la présentation aux autres équipes de son montage.
- La dernière demi-heure sera consacrée à la présentation des montages.

Le 5 mars 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 14Les semis

Objectif: Par cette activité, les personnes âgées pourront transmettre à l'enfant les connaissances qu'elles possèdent sur le travail de la terre, sur la façon d'ensemencer.

Matériel à prévoir:

- terres, graines, récipients.

Le 12 mars 1982.

Ecole St. Michel des ForgesActivité 15La fête

Objectif: Comme c'est la dernière activité, les personnes âgées et les enfants sont réunis dans la grande salle. Il y a dégustation de brochettes de fruits et de légumes. Les enfants et les personnes âgées échangent sur ce qu'ils viennent de vivre. C'est la fête!

Le 19 mars 1982.

Appendice C

Résultats bruts des groupes contrôle et expérimental
au questionnaire de Beck

Tableau 3
Résultats bruts au questionnaire de Beck

Groupe expérimental			Groupe contrôle		
Sujets	Pré-test	Post-test	Sujets	Pré-test	Post-test
F1 ¹	12	9	F1 ¹	0	3
F2	16	12	F2	0	4
F3	16	9	F3	3	5
F4	8	10	F4	25	37
F5	15	11	F5	17	21
F6	4	2	F6	5	5
F7	6	2	M7	11	5
F8	9	8	M8	0	1
F9	6	4	M9	2	4
F10	9	10	M10	4	7
M11	6	1	M11	4	3
M12	0	2	M12	12	4
x	8.9	6.6	x	6.9	8.2

¹ F désigne un sujet féminin, M, un sujet masculin.

Appendice D

Résultats bruts, analyses de variance et moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété

Tableau 4

Résultats bruts obtenus aux différentes échelles de l'Ipat par le groupe expérimental lors du pré-test

Sujets	Cote A (latente)	Cote B (manifeste)	Cote pondérée 1 totale	Q ₃	C	L	O	Q ₄
F1	23	23	9	5	9	7	10	10
F2	14	16	6	5	1.5	7	8	7
F3	18	23	8	4	3	9	10	9
F4	10	16	6	4	1.5	7	8	6
F5	24	22	9	7	5	6	10	10
F6	14	7	5	5	3	2.5	6	4
F7	9	5	4	3	1.5	2.5	6	3
F8	20	20	8	7	3	4.5	10	8
F9	16	10	6	5	7	7	6	2
F10	16	22	8	5	1.5	9	8	10
M11	13	10	6	4	1.5	7	8	4
M12	16	16	7	4	6	1	9	8
x	15.75	15.83	6.83	4.83	3.63	5.79	8.25	6.75

¹ F désigne un sujet féminin, M, un sujet masculin.

Tableau 5

Résultats bruts obtenus aux différentes échelles de l'Ipat par
le groupe contrôle lors du pré-test

Sujets	Cote A (latente)	Cote B (manifeste)	Cote pondérée totale	Q ₃	C	L	O	Q ₄
F1 ¹	9	6	4	3	1.5	1	6	4
F2	12	10	5	1	5	7	5	6
F3	19	10	6	5	3	4.5	7	7
F4	23	20	8	4	7	4.5	10	10
F5	15	20	7	5	8	6	6	9
F6	20	10	8	5	4	4.5	10	8
M7	16	14	7	5	4	6	9	6
M8	11	4	4	3	4	1.5	7	3
M9	18	13	7	3	8	6	8	7
M10	13	10	6	5	1.5	4.5	8	5
M11	16	17	7	4	6	4.5	9	8
M12	28	23	9	5	7	9	10	10
x	16.6	13.5	6.5	4	4.9	4.9	7.9	6.9
								100

¹F désigne un sujet féminin, M, un sujet masculin

Résultats bruts obtenus aux différentes échelles de l'Ipat par
le groupe expérimental lors du post-test

Sujets	Cote A (latente)	Cote B (manifeste)	Cote pondérée totale	Q ₃	C	L	O	Q ₄
F1 ¹	17	20	8	5	7	4.5	8	10
F2	21	20	8	7	3	7	10	8
F3	13	18	6	5	3	4.5	10	5
F4	14	17	6	3	5	9	8	6
F5	25	21	9	5	7	9	10	9
F6	15	4	4	5	1.5	4.5	6	4
F7	6	6	4	3	1.5	1	6	3
F8	19	15	7	3	1.5	7	10	8
F9	11	12	5	7	3	1	8	4
F10	18	11	6	5	1.5	4.5	9	6
M11	15	10	6	5	1.5	7	6	7
M12	17	12	7	4	6	4.5	9	6
x	15.9	13.8	6.3	4.7	3.4	5.2	8.3	6.3
								TO

¹ F désigne un sujet féminin, M, un sujet masculin

Tableau 7

Résultats bruts obtenus aux différentes échelles de l'Ipat par
le groupe contrôle lors du post-test

Sujets	Cote A (latente)	Cote B (manifeste)	Cote pondérée totale	Q ₃	C	L	O	Q ₄
F1 ¹	12	6	4	4	1.5	1	6	5
F2	12	9	5	3	4	8	5	5
F3	20	13	7	5	3	7	8	8
F4	18	24	8	5	3	4.5	10	10
F5	17	24	8	6	9	7	10	7
F6	28	26	10	5	8	9	10	10
M7	15	11	6	6	4	4.5	9	4
M8	12	6	5	1	4	6	9	2
M9	17	3	5	5	4	4.5	6	4
M10	9	7	4	3	1.5	7	5	4
M11	17	9	6	3	1.5	4.5	10	7
M12	20	27	9	5	5	9	10	10
x	16.4	13.7	6.4	4.2	4	6	8.1	6.3

¹ F désigne un sujet féminin, M, un sujet masculin

Tableau 8

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote pondérée totale

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test (P)	1	1.02	1.50	.23
Groupes (G)	1	.18	.04	.84
Erreur	22	4.96		
P x G	1	.52	.77	.39
Erreur	22	.67		

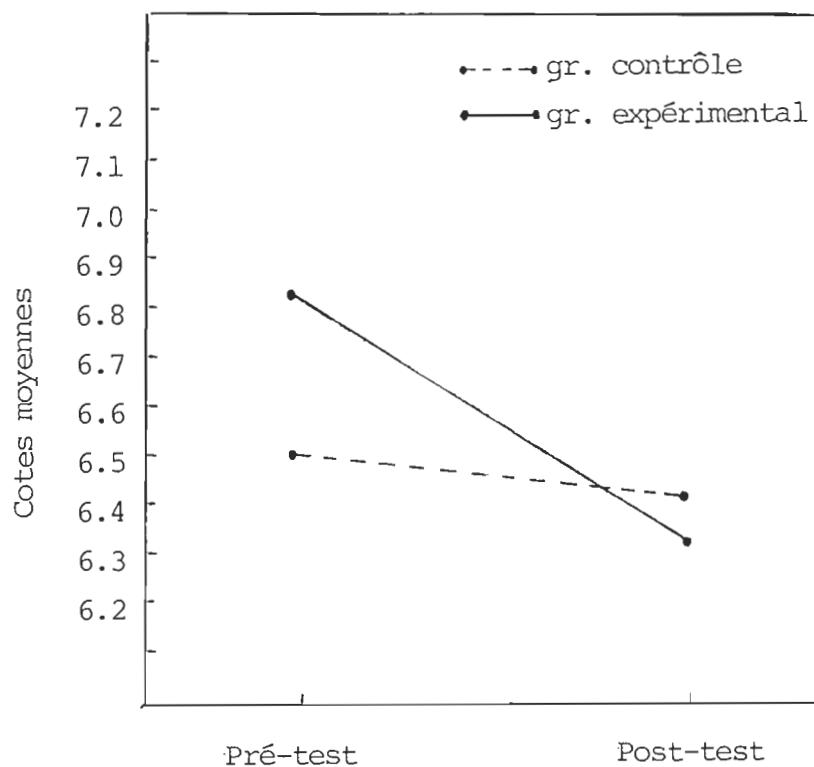


Fig. 2- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote pondérée totale.

Tableau 9

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la côte anxiété latente (A)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test (P)	1	.52	.06	.80
Groupes (G)	1	3.52	.08	.77
Erreur	22	41.47		
P x G	1	.02	.00	.96
Erreur	22	8.13		

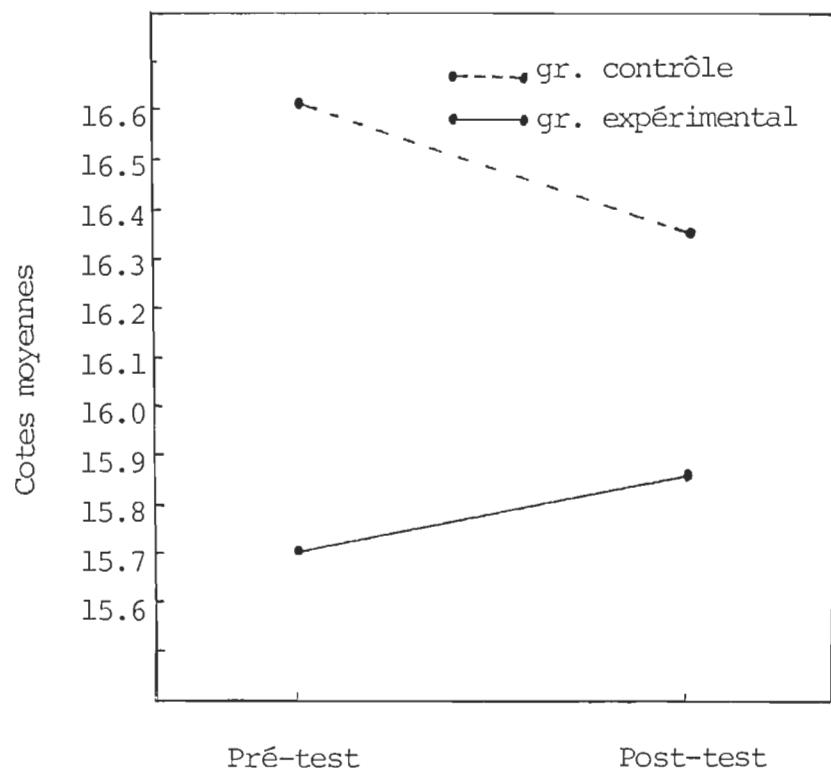


Fig. 3- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote anxiété latente (A).

Tableau 10

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote anxiété manifeste(B)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	P
Pré, post-test(P)	1	12.16	.78	.38
Groupes(G)	1	95.34	1.43	.24
Erreur	22	66.57		
P x G	1	22.50	1.44	.24
Erreur	22	15.58		

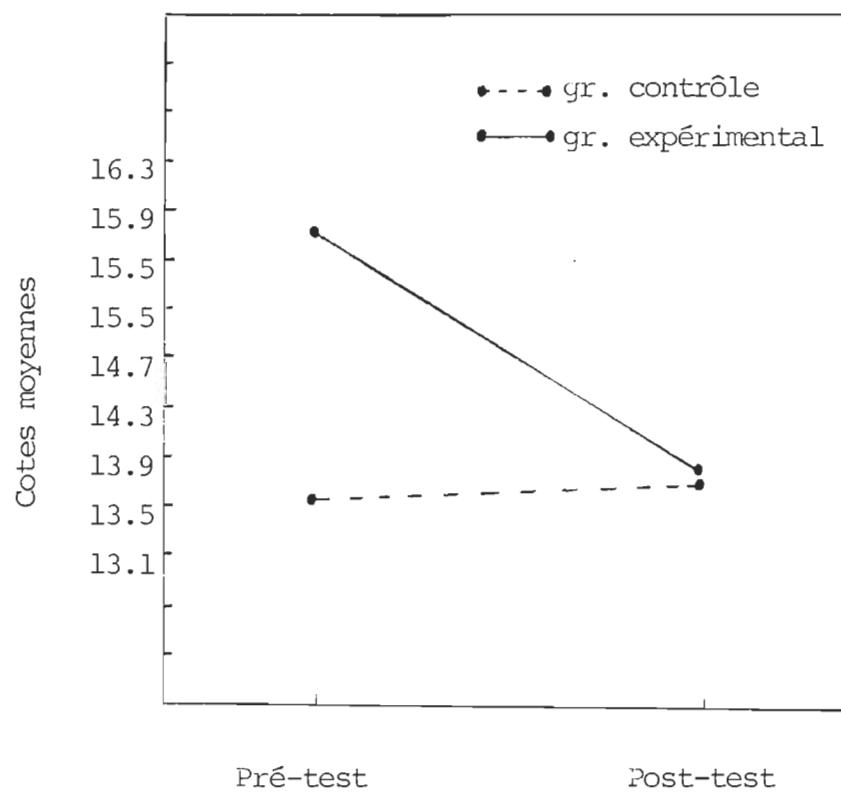


Fig. 4- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote anxiété manifeste(B).

Tableau 11

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote faiblesse de conception de soi (Q_3)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test (P)	1	.08	.07	.79
Groupes (G)	1	8.33	3.01	.09
Erreur	22	2.76		
P x G	1	.00	.01	1.00
Erreur	22	1.17		

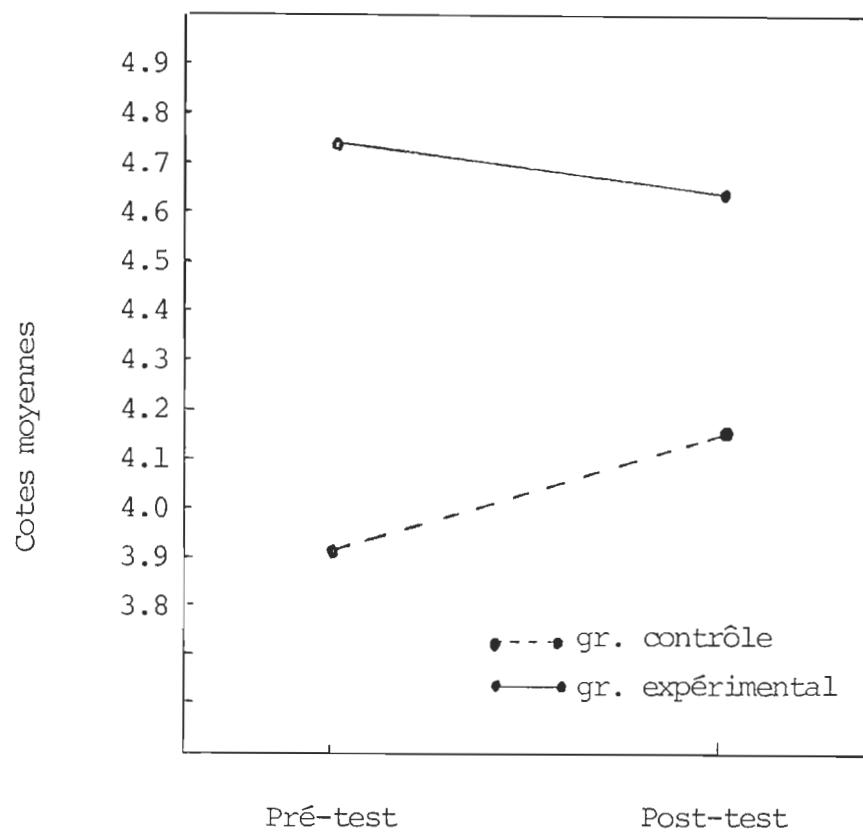


Fig. 5- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote faiblesse de conception de soi(Q_3).

Tableau 12

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote faiblesse du Moi (C)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test (P)	1	3.25	1.33	.26
Groupes (G)	1	10.54	1.20	.28
Erreur	22	8.75		
P x G	1	1.50	.60	.44
Erreur	22	2.44		

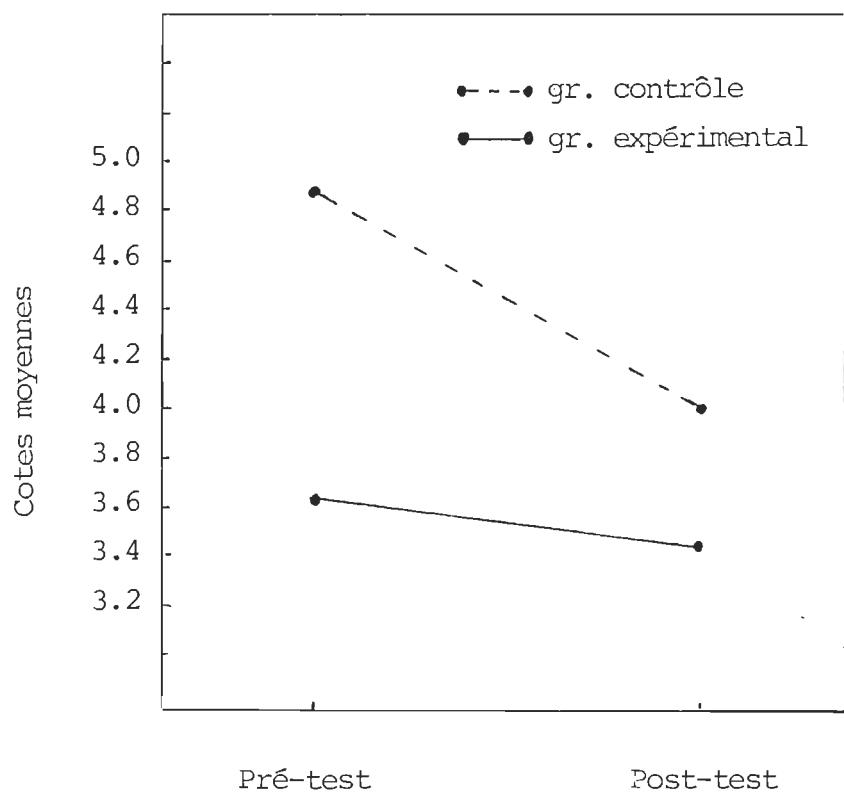


Fig. 6- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote faiblesse du Moi(C).

Tableau 13

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote tendance paranoïde(L)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test(P)	1	1.02	.28	.60
Groupes (G)	1	.08	.01	.92
Erreur	22	8.20		
P x G	1	7.52	2.03	.16
Erreur	22	3.70		

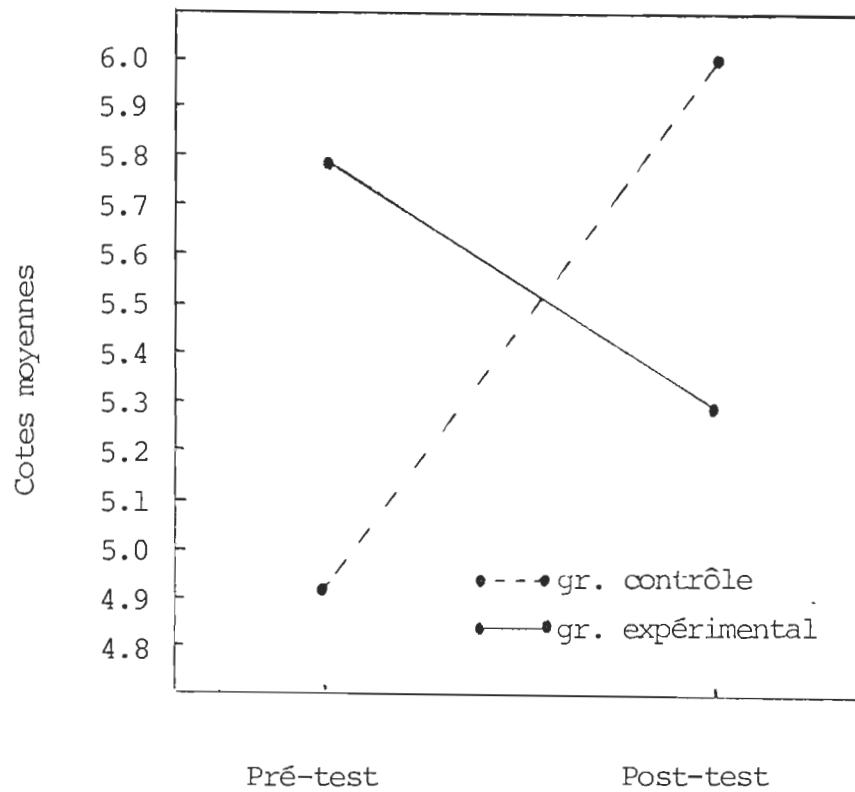


Fig. 7- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote tendance paranoïde (L).

Tableau 14

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote disposition à la culpabilité(0)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test(P)	1	.33	.29	.59
Groupes (G)	1	.75	.15	.70
Erreur	22	5.08		
P x G	1	.08	.07	.79
Erreur	22	1.16		

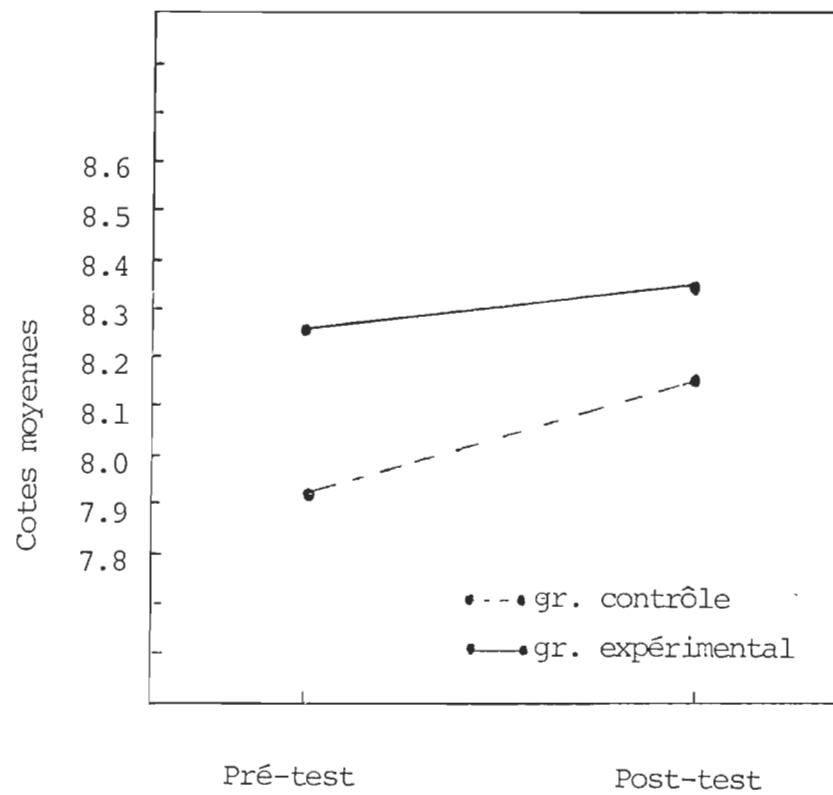


Fig. 8- Moyennes des groupes contrôle et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote disposition à la culpabilité(0).

Tableau 15

Résultats de l'analyse de variance
pour l'Ipat anxiété à la cote tension nerveuse (Q_4)

Sources de variation	Degrés de liberté	Carré moyen	F	p
Pré, post-test (P)	1	3.00	1.84	.19
Groupes (G)	1	.08	.01	.93
Erreur	22	11.11		
P x G	1	.08	.05	.82
Erreur	22	1.63		

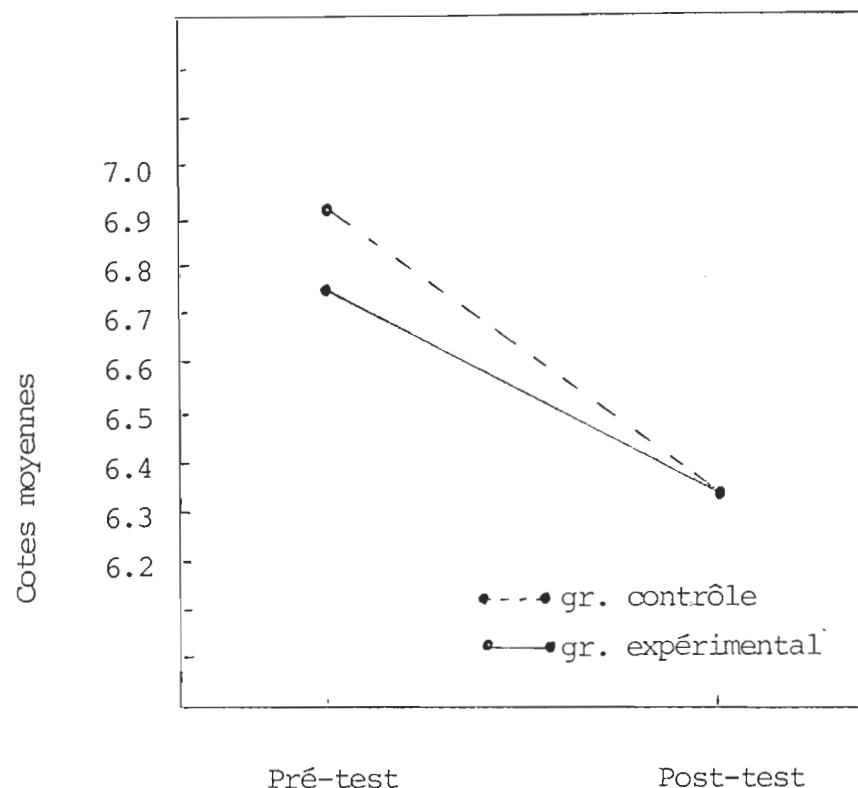


Fig. 9- Moyennes des groupes contrôles et expérimental à l'Ipat anxiété pour la cote tension nerveuse (Q₄).

Remerciements

L'auteur désire exprimer toute sa gratitude à son directeur de mémoire, monsieur Raymond Champagne, Ph.D., professeur au Département de Psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son assistance soutenue tout au long de l'étude.

Références

- ALLAIRE, J.P. (1982). La dépression en rapport avec les retraités intellectuels et manuels. Mémoire de maîtrise inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- ALTSHUL, V.A. (1981). Should we advise our depressed patients to run? in M.H. SACKS, M.L. SACHS (Eds.): Psychology of running. Illinois: Human Kinetics publishers.
- BAHRKE, M.S., MORGAN, W.P. (1981). Anxiety reduction following exercice and meditation, in M.H. SACKS, M.L. SACHS (eds.): Psychology of running. Illinois: Human Kinetics publishers.
- BECK, A.T. (1967). Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BIRNBAUM, J. (1973). Cry anger a cure for depression. Ontario: Ed. General Publishing Co.
- BLAZER, D. (1980). Diagnosis of depression in the elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 28, 52-58.
- BRATTER, B., BANK, L., GEWERTZ, J. (1980). Peer counseling the depressed elderly. Gerontologist, 20, 70.
- BROMLEY, D.B. (1975). The psychology of human aging (2e éd.). Baltimore: Penguin.
- BUMBERRY, W., OLIVER, J.M., MC CLURE, 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.
- BUNZEL, J.T. (1972). Note on the history of a concept - gerontophobia. Gerontologist, 12, 116.
- BUTLERT, R.N., LEWIS, I.L. (1973). Aging and mental health: positive psychological approaches. St Louis: Mosby.
- CATTELL, R.B., SCHEIR, I.H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: The Ronald press company.

- CHAMPAGNE, R. (1982). L'Ecole, carrefour des générations. Procès verbal de la réunion du 30 novembre 1982 tenue à l'école St. Michel des Forges. non publié.
- CHAMPAGNE, R., DENIS, M.C., ROY, B., ALAIN, M. (1982). Projet: L'Ecole, carrefour des générations. non publié.
- CORMIER, D. (1962). L'échelle d'anxiété IPAT: manuel. Montréal: Institut de recherches psychologiques.
- CRITCHELL, M.K., LOCKER, J. (1979). Toward the learning society: A guide to help communities implement intergenerational learning programs. Michigan: The Charles Stewart Mott foundation.
- DELAY, J. (1963). La nosologie des états dépressifs. Rapports entre l'étiologie et la sémiologie. Résultats du Questionnaire de Beck. Encéphale, 52, 497-505.
- 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 geriatrics society, 28, 507-510.
- 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.
- GOULD, J.W., REYNOLDS, W.M. (sous presse). A psychometric Investigation of the Standard and Short Form Beck Depression Inventory.
- GRAUER, H. (1977). Depression in aged: Theoretical concepts. Journal of the American geriatrics society, 25, 447-449.
- HAVIGHURST, R.J. (1968). Personality and Patterns of Aging. Gerontologist, 8, 20-23.
- JACOBY, R.J. (1981). Depression in the elderly. British journal of hospital medicine, 25, 40.
- KAHN, S. (1977). Anxieties, phobias and fears. New York: Philosophical library.
- KALISH, R.A. (1977). The later years. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- LANDONI, G., CIOMPI, L. (1971). Etudes statistiques sur l'âge de prédiction des troubles dépressifs. L'évolution psychiatrique, 36, 583-605.

- LEWINSOHN, P.M., MACPHILLAMY, D.J. (1974). The relationship between age and engagement in pleasant activities. Journal of gerontology, 29, 290-294.
- MAY, R. (1950). The meaning of anxiety. New York: The Ronald press company.
- MC REYNOLDS, P. (1973). Assimilation and anxiety, University of Nevada Reno.
- MOWRER, O.H. (1939). A stimulus-response analysis and its role as a reinforcing agent. Psychological Review, 46, 553-565.
- MOWRER, O.H. (1960). Learning theory and behavior. New York: Wiley.
- PATTERSON, R.L., O'SULLIVAN, M.J., SPIELBERGER, C.D. (1980). Measurement of state and trait anxiety in elderly mental health clients. Journal of behavioral assessment, 2, 89-97.
- PICHOT, P., PIRET, J., CLYDE, D.J. (1966). Analyse de la symptomatologie dépressive subjective. Revue de psychologie appliquée, Paris, 16, 105-115.
- ROGERS, C. (1951). Client centered therapy. Boston: Houghton-Mifflin.
- SALLAMY, N. (1965). Dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse.
- SALZBERGER, G.J. (1981). Anxiety and disturbed behavior in the elderly. American family physician, 23, 151-153.
- SANDERS, I.P., CRITCHELL, M.K., LOCKER, J. (1978). Teaching Learning Communities aide handbook. Michigan: Ann Harbour public schools.
- SCHULTZ, N.R., HOYER, W.J., KEYE, D.B. (1980). Trait anxiety, spontaneous flexibility, and intelligence in young and elderly adults. Journal of consulting and clinical psychology, 48, 289-291.
- SOKAL, R.R., ROHLF, F.J. (1981). Biometry (2e éd.). New York: Freeman.
- TICE, C.H. (1979). Teaching Learning Communities, Michigan.
- WEISSMAN, M.M., MYERS, J.K. (1979). Depression in the elderly: research directions in psychopathology, epidemiology, and treatment. Journal of geriatric psychiatry, 12, 187-201.
- WETZEL, J.W. (1980). Interventions with the depressed elderly in institutions. Social casework: journal of contemporary social work, 61, 234-239.
- WHITBOURNE, S.K. (1976). Test anxiety in elderly and young adult. International journal of aging and human development, 76, 201-210.

WINER, R.J. (1971). Statistical principles in experimental design (2e éd.)
New York: Mc Graw-Hill.