

## **INFORMATION TO USERS**

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

**The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.**

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**Bell & Howell Information and Learning  
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA  
800-521-0600**

**UMI<sup>®</sup>**





Université d'Ottawa • University of Ottawa



**Test de l'hypothèse de congruence entre structures dépressogènes  
et événements de vie pour la prédiction de la rechute dépressive  
après rémission chez des patients âgés**

 **Marlène Voyer**

**Thèse présentée pour l'obtention du grade de  
Doctorat en Psychologie Clinique**

**École de Psychologie  
Université d'Ottawa**



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-57074-6

Canada

## **Remerciements**

J'aimerais exprimer ma gratitude envers mon superviseur de thèse, Dr. Philippe Cappeliez. Son enthousiasme envers ce projet de recherche, sa patience et ses connaissances ont grandement facilité la réalisation des différentes étapes de ce projet. Je remercie les membres du comité de thèse: Dr. Robert Flynn, Dr. Pierre Mercier et Dr. Tim Aubry, pour les commentaires qu'ils m'ont fournis tout au long de ce travail.

J'aimerais aussi profiter de l'occasion pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce projet en particulier pour le recrutement des participants ou les analyses statistiques. Merci au Dr. Dwayne Schindler et Dr. Pierre Mercier pour les conseils et les encouragements lors de l'analyse statistique des données. J'adresse un remerciement posthume au Dr. Pierre Baron pour son soutien et ses connaissances lors de l'ébauche préliminaire de la thèse.

J'aimerais aussi remercier Gary Thibeault pour sa patience et son soutien lorsque j'ai dû apporter certaines révisions au document. Un gros merci aux membres de ma famille pour les nombreux conseils et encouragements tout au long de mes études de doctorat.

## Table des matières

Table des matières.....	3
Listes des tableaux.....	6
RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION.....	10
<b>Opérationnalisation des concepts de rémission et de rechute dans la dépression</b>	
Les critères de la rémission.....	11
Les taux de rémission.....	13
Les critères de la rechute.....	15
Les taux de rechute.....	16
<b>Vulnérabilité cognitive proximale à la dépression</b> .....	18
<b>Modèle cognitif de la dépression de Beck</b> .....	21
Structures cognitives.....	21
Distorsions cognitives.....	24
Pensées automatiques négatives.....	25
<b>Hypothèse de congruence entre l'événement stressant et la structure dépressogène</b> .....	27
Structures cognitives dysfonctionnelles et état dépressif.....	39
Disponibilité versus accessibilité des structures cognitives.....	42
Événements de vie.....	46
<b>Objectifs et hypothèses de recherche</b> .....	49
Hypothèse 1.....	49
Hypothèse 2.....	50
Hypothèse additionnelle.....	50
MÉTHODOLOGIE.....	52
Devis de rémission.....	52
Participant(e)s.....	55
Instruments de mesure	
Fiche signalétique.....	56
Trouble cognitif.....	57
Diagnostic de dépression.....	58
La symptomatologie dépressive.....	60

Structures dépressogènes.....	61
Événements de vie.....	64
Procédure.....	67
Analyses statistiques.....	71
La régression logistique multiple.....	72
Postulats requis pour la régression logistique multiple.....	73
Les modèles de régression.....	74
Évaluation de modèle.....	75
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>76</b>
Variables reliées à la santé, la médication et le réseau social.....	81
Tests statistiques multiples et probabilités des résultats.....	84
Analyse préliminaire à l'hypothèse de congruence.....	84
Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de congruence.....	88
1. La dépendance.....	88
A) Type d'événement.....	88
B) Impact de l'événement.....	89
2. L'accomplissement.....	92
A) Type d'événement.....	92
B) Impact de l'événement.....	92
3. Hypothèse additionnelle.....	93
A) Type d'événement.....	93
B) Impact de l'événement.....	94
Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de non congruence.....	99
A) Dépendance et impact sur l'autonomie fonctionnelle.....	99
B) Accomplissement et impact sur le réseau social.....	99
C) Auto-contrôle et impact sur le réseau social.....	100
Tracas de la vie quotidienne et rechute.....	100
Prédiction de la symptomatologie dépressive au moment de la rechute.....	105
1. Dépendance.....	106
2. Accomplissement.....	107
Prédiction de la symptomatologie dépressive selon l'hypothèse de non congruence.....	107
Accomplissement et impact sur le réseau social.....	107
Évaluation de l'Échelle d'attitudes dysfonctionnelles.....	112
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>115</b>
Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de congruence.....	115
Dépendance et événement de vie.....	115

Accomplissement et événement de vie.....	117
Auto-contrôle et événement de vie.....	119
Prédiction de la rechute et de la symptomatologie dépressive selon l'hypothèse de non congruence.....	121
Vulnérabilité psychologique et vieillissement.....	125
Événements de vie.....	126
Maladie et incapacités physiques.....	126
Facteurs sociaux.....	127
Prédiction de la symptomatologie dépressive.....	130
Structures dépressogènes de l'auto-contrôle.....	131
Tracas de la vie quotidienne.....	132
Événements de vie qui impliquent le réseau social.....	133
Nombre d'épisodes dépressifs et rechute dépressive.....	134
Stabilité des structures dépressogènes.....	134
Forces et faiblesses de la présente recherche.....	135
Biais de sélection de l'échantillon.....	137
Limites du devis de rémission.....	138
Problème de puissance statistique.....	139
Mesure de l'impact de l'événement de vie.....	141
Implication de la présente recherche pour la recherche et la pratique clinique.....	142
Implications pour la recherche.....	142
Implications cliniques.....	144
CONCLUSION.....	148
RÉFÉRENCES.....	151
FIGURE	
Figure 1. Rôle des attitudes dysfonctionnelles et des événements de vie dans la dépression: Le modèle cognitif de la dépression de Beck.....	26
APPENDICES.....	172
Formulaire de recrutement	
Formulaire de consentement	
Instruments	
Tableau A-1.	
Tableau A-2.	
Tableau A-3	

## Liste des Tableaux

### Tableaux

1. Caractéristiques démographiques des participants et coefficients d'association avec la rechute.....	80
2. Analyses du chi-carré pour les variables sociodémographiques catégorielles.....	81
3. Analyses de Test t pour les variables sociodémographiques continues.....	81
4. Variables reliées à la santé physique et la médication et coefficients d'association avec la rechute.....	83
5. Variables reliées au réseau social et coefficients d'association avec la rechute.....	84
6. Analyses du chi-carré et Test t pour les variables reliées à la santé physique et la médication.....	87
7. Analyses du chi-carré pour les variables reliées au réseau social.....	88
8. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 1 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et le type d'événement).....	91
9. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 1 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur le réseau social).....	92
10. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 2 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et le type d'événement).....	96
11. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 2 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle).....	97
12. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse additionnelle (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et le type d'événement).....	98

13. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse additionnelle (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et l'impact de l'événement sur l'auto-contrôle).....99
14. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle)..... 103
15. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur le réseau social)..... 104
16. Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et l'impact de l'événement sur le réseau social)..... 105
17. Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse 1: Interaction entre l'échelle de dépendance du DAS-24 et l'impact de l'événement sur le réseau social..... 110
18. Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse 2: Interaction entre l'échelle de l'accomplissement du DAS-24 et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle..... 111
19. Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse de non congruence: Interaction entre l'échelle d'accomplissement du DAS-24 et l'impact de l'événement sur le réseau social..... 112
20. Moyennes et écart-types des échelles du DAS-24 pour les deux temps de mesure..... 115

## RÉSUMÉ

L'objectif de la présente recherche consiste à étudier le rôle des structures dépressogènes et des événements de vie dans la rechute dépressive au sein d'une population âgée. L'échantillon est composé de 41 personnes, âgées en moyenne de 75 ans, qui vivent dans un centre pour soins de longue durée ou qui reçoivent des services offerts par un service de psychogériatrie.

L'utilisation d'un devis de rémission a permis d'évaluer l'hypothèse de congruence auprès d'une population âgée qui était en rémission d'un épisode dépressif au cours d'un suivi de 6 mois. Les participant(e)s ont complété une fiche signalétique, l'Échelle de statut mental modifié (3MS), deux modules de l'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV, l'Échelle de dépression gériatrique, l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles de 24 items et le Questionnaire des changements de vie récents. Les résultats des analyses ont indiqué que la congruence entre la structure de dépendance et l'impact subjectif de l'événement de vie sur le réseau social prédit la rechute dépressive. De même, la congruence entre la structure d'accomplissement et l'impact subjectif de l'événement de vie sur l'autonomie prédit la symptomatologie dépressive. La symptomatologie dépressive n'a pas été prédite par l'hypothèse de non congruence entre la structure d'accomplissement et l'impact subjectif de l'événement de vie dans le domaine social, mais de très peu. Ces résultats appuient le modèle de diathèse du stress dans la prédiction de la rechute dépressive au sein de la population âgée. Cette étude montre également que l'événement de vie doit être évalué en fonction des conséquences de l'événement pour l'individu dans son

domaine de vulnérabilité et non pas seulement en fonction d'une catégorisation a priori. De plus, la présente étude souligne l'importance de la structure dépressogène d'accomplissement qui est peut-être activée par des menaces autant dans le domaine social que dans la sphère de l'accomplissement. Les implications cliniques et de la recherche sont abordées dans la discussion.

## INTRODUCTION

Depuis quelques années, certains chercheurs s'intéressent à comprendre les raisons de la rechute chez des personnes adultes qui s'étaient rétablies de leur dépression (Belsher & Costello, 1988; Gonzales, Lewinsohn, & Clarke, 1985; Hammen, Ellicott, & Gitlin, 1989; Lewinsohn, Zeiss, & Duncan, 1989). Toutefois, la littérature contient très peu d'informations sur le phénomène de la rechute chez les personnes âgées. Ce phénomène est d'autant plus important à examiner chez les personnes âgées qu'une proportion non négligeable (13% à 19% selon les études) des adultes âgés en rémission vivent une rechute dans la dépression (Hinrichsen, 1992; Murphy, 1983).

La présente recherche aborde la question de la rechute dépressive sous l'angle d'un modèle cognitif de la dépression initialement développé par Beck (1963, 1967, 1976). Ce modèle cognitif adopte une approche de diathèse du stress (diathesis-stress approach), postulant que la dépression prend sa source dans l'activation de structures cognitives pré-existantes par des événements de vie négatifs.

La première partie de cette introduction expose les notions de rémission et de rechute qui seront utilisées tout au long du travail. La deuxième partie présente le modèle cognitif de la dépression qui sert d'assise théorique aux hypothèses examinées dans cette étude.

## Opérationnalisation des concepts de rémission et de rechute dans la dépression

### Les critères de la rémission

Il n'y a pas de consensus au sujet des critères de la rémission et de la rechute dépressive. Pour certains chercheurs, une personne est en rémission si elle ne manifeste plus aucun symptôme dépressif, alors que pour d'autres une personne est considérée en rémission même si elle continue de présenter des symptômes dépressifs d'une intensité modérée ou mineure, pour autant que ceux-ci ne culminent pas en un diagnostic de dépression majeure. En fait, le terme rémission peut dépendre du contexte de l'étude et de l'approche théorique privilégiée par les chercheurs (Frank et al., 1991).

Pour clarifier ces propos, les chercheurs du "MacArthur Foundation Research Network on the Psychobiology of Depression" (Frank et al., 1991; Prien, Carpenter, & Kupfer, 1991) ont essayé de définir et d'opérationnaliser les concepts de guérison (recovery), rechute (relapse), réponse (response), récurrence (recurrence) et rémission (remission). À cette fin, ils ont analysé 121 articles publiés dans des revues scientifiques au cours des années 1987 et 1988.

Ces auteurs ont abouti à une définition de la rémission complète comme étant une période relativement brève durant laquelle on observe une amélioration d'une magnitude telle que le sujet ne présente plus de symptômes, c'est-à-dire, qu'il ne rencontre plus les critères syndromiques du trouble et qu'il ne manifeste plus que des symptômes minimales (p. 853). Cette définition fait

appel à deux types de variation soit la sévérité (nombre et intensité) ainsi que la durée du statut asymptotique.

Il est important de noter qu'il n'y a pas de justification empirique qui spécifie combien de temps un individu doit être asymptotique pour être en rémission complète. En fait, autant la durée que les critères asymptotiques dépendent de l'approche conceptuelle utilisée. Par exemple, la rémission des symptômes peut être basée sur une approche exclusive en utilisant un instrument de mesure semi-structuré tel que le "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (Spitzer & Endicott, 1978). La durée de rémission y est spécifiée à partir du "Research Diagnostic Criteria" (Spitzer, Endicott, & Robins, 1978). Pour être en rémission complète, un individu ne doit présenter que deux symptômes dépressifs ou moins pour une période équivalente ou supérieure à deux semaines et inférieure à huit semaines (Frank et al., 1991). Si on adopte les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), un individu est considéré en rémission complète s'il ne rapporte plus de symptômes dépressifs significatifs pour une période d'au moins deux mois.

La rémission complète se distingue de la rémission partielle. Selon les critères du DSM-IV, un individu est considéré en rémission partielle si: 1) il ne rencontre plus les critères d'un épisode majeur mais rapporte quand même quelques symptômes dépressifs, ou si 2) la période de rémission n'a pas encore atteint deux mois.

### Les taux de rémission.

La rémission d'un épisode dépressif n'apparaît pas de façon soudaine mais plutôt de façon progressive et peut fluctuer dans le temps. Selon une étude menée par Keller et al. (1992), la durée d'un épisode dépressif complet est d'environ 20 semaines, et ce, d'une façon continue ou discontinue, c'est-à-dire qu'il est possible que l'intensité des symptômes varie au cours de 20 semaines, et qu'à certains moments la personne ne rencontre pas tous les critères d'un épisode dépressif majeur.

Dans le but d'évaluer le taux de rémission, la plupart des travaux empiriques ont examiné le pourcentage de personnes en rémission un an après l'établissement du diagnostic de dépression majeure. Ce pourcentage se situe entre 50 et 72% au sein d'une population adulte (Gonzales et al., 1985; Hinrichsen, 1992; Hooley & Teasdale, 1989; Moos, 1990; Keitner, Ryan, Miller, & Norman, 1992; Vaughn & Leff, 1976).

En ce qui concerne la population âgée, il est difficile d'avoir une idée précise du taux de la rémission. Quelques chercheurs ont suggéré que le pronostic est pauvre (Murphy, 1983; Post, 1972), alors que d'autres, au contraire, ont trouvé que la majorité des individus âgés vivent une rémission de l'épisode dépressif (Baldwin & Jolley, 1986). Selon Hinrichsen (1992), le taux de rémission est comparable à celui d'une population adulte, alors que Murphy (1983) rapporte un pourcentage de rémission inférieur à une population adulte. En effet, dans l'étude de Murphy (1983), un tiers des sujets âgés de l'échantillon avait vécu une résolution de l'épisode dépressif un

an après avoir reçu un diagnostic de dépression majeure. L'étude de Green, Copeland, Dewey, Sharma et Davidson (1994) a permis en plus d'obtenir le pourcentage de rémission au sein d'une population âgée, trois ans après avoir reçu un diagnostic de dépression majeure. Les données indiquent que 49 des 123 sujets ne souffraient plus d'un épisode de dépression alors que 33 des 123 sujets, soit 27%, souffraient toujours d'un épisode dépressif. Cette étude laisse supposer que le taux de rémission demeure relativement le même au suivi à un an et à trois ans.

Cette difficulté à préciser le taux de la rémission, s'expliquent entre autres, par les différences entre les instruments de mesure utilisés, par l'âge des sujets, par la définition attribuée au processus de rémission, ainsi que par le type d'analyse statistique utilisé. Ainsi, le pourcentage de rémission variera selon que la dépression est identifiée par un continuum de sévérité ou par une catégorie de diagnostic. Des échelles d'auto-évaluation qui indiquent la prévalence des symptômes dépressifs sont utilisées dans la première approche mentionnée, alors que la deuxième approche évalue la présence du syndrome dépressif à l'aide d'entrevues structurées (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 1994). De plus, les critères utilisés pour spécifier un processus dépressif en rémission ne sont pas toujours bien définis. Ainsi dans l'étude de Hooley, Orley et Teasdale (1986), l'évaluation de la rechute était faite par le clinicien en charge du patient, sans l'utilisation de questionnaires valides et fidèles de la symptomatologie dépressive.

### Les critères de la rechute.

Comme pour la rémission, la littérature ne fournit pas de définition opérationnelle claire de la rechute. Toutefois, les membres du "MacArthur Foundation Research Network on the Psychobiology of Depression" ont fait une proposition de définition intéressante (Frank et al., 1991). Ils ont défini la rechute comme étant un retour des symptômes qui rencontrent les critères du syndrome complet dans le cas d'un épisode qui se produit pendant la période de rémission mais avant la guérison (p. 853). La différence entre les concepts de rémission et de récurrence se situe au niveau de la durée de la période asymptotique. Tel que déjà mentionné, la rémission complète est présente lorsqu'un individu ne rapporte plus de symptômes dépressifs significatifs pour une période qui varie de deux semaines à huit semaines, selon l'instrument de mesure utilisé dans l'évaluation de la dépression. Selon le "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (Spitzer & Endicott, 1978), pour être considéré en guérison, un individu doit être asymptotique depuis au moins huit semaines. Ce critère peut également varier selon l'instrument de mesure utilisé. Entre autres, pour être considéré en guérison, un individu doit être asymptotique depuis une période d'au moins six mois selon le "Hamilton Rating Scale for depression" (Hamilton, 1967).

La rechute est également différente de la récurrence qui est l'apparition d'un nouvel épisode survenant au cours de la guérison (recovery). On parle donc de rechute ou de récurrence selon la durée de la disparition des symptômes dépressifs. Les critères qui concernent la durée de

la disparition des symptômes sont différents selon l'instrument de mesure utilisé. Par exemple, pour être considéré en guérison (recovery), un individu doit être asymptomatique depuis au moins quatre mois selon les critères de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), alors que la durée est de huit semaines selon les critères du "Schedule for affective Disorders and Schizophrenia". Pour ce qui est du "Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination" (Roth, Huppert, Tym, & Mountjoy, 1988), il s'appuie sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Le DSM-IV fournit des critères qui permettent d'identifier la rémission partielle et complète, sans toutefois parler de la rechute.

Les deux définitions (rémission et rechute) présentées semblent pertinentes pour l'étude des facteurs prédictifs de la rémission et de la rechute. En effet, les définitions sont basées sur: 1) des phénomènes observables qui peuvent être mesurés à plusieurs reprises, tels que le nombre et la sévérité des symptômes, 2) des observations cliniques qui s'appliquent peu importe l'introduction, le retrait ou la forme de traitement et 3) la définition inclut l'aspect longitudinal (lifetime), ce qui permet d'inclure autant les individus qui vivent une récurrence que ceux qui vivent un épisode isolé (Frank et al., 1991).

#### Les taux de rechute.

Parmi les individus en rémission d'un épisode dépressif, un certain nombre vivront une rechute. Deux études ont rapporté des résultats similaires quant aux pourcentages de la rechute et de la réadmission à l'hôpital, au sein d'une population adulte. En effet, Hooley et al. (1986) ont

rapporté un taux de rechute de 51%, et Vaughn et Leff (1976) ont obtenu un pourcentage de rechute de 50%. Les sujets de ces deux études étaient évalués de façon répétée pendant neuf mois après avoir reçu un traitement à l'interne. De leur côté, Keller, Shapiro, Lavori et Wolfe (1982) ont mentionné un taux de rechute de 40% dans les 11 à 15 semaines après la rémission pour les adultes qui avaient vécu trois épisodes dépressifs majeurs ou plus dans le passé.

La plupart des études suggèrent que la probabilité de rechute diminue avec le temps. En fait, plus longtemps un individu vit sans symptôme dépressif, plus élevées sont les chances qu'il ne rechutera pas (Belsher & Costello, 1988).

L'étude de Hinrichsen (1992) permet de dresser un tableau plus précis des taux de rémission et de rechute pour une population âgée. Au cours de l'année suivant la première admission, 59% des sujets ont vécu une rémission de l'épisode dépressif sans rechute, 13% des sujets en rémission (qui ne rencontraient plus les critères de dépression majeure mais qui présentaient encore des symptômes dépressifs) ont vécu une rechute, et 28% des sujets souffraient toujours d'un épisode dépressif un an après la première évaluation. Des résultats similaires ont été rapportés par Murphy (1983). Elle a évalué le pronostic lors d'un suivi d'un an au sein d'une population âgée qui souffrait d'une dépression majeure. Les données ont indiqué que 35% des sujets étaient en rémission, 19% avaient vécu un épisode de rechute, et 29% des sujets avaient rencontré les critères d'un épisode majeur tout au long de l'année accompagné de fluctuations mineures dans la sévérité, 3% avaient reçu un diagnostic de démence alors que 14%

étaient décédés. Les informations ou pourcentages mentionnés ci-haut suggèrent que l'étude des facteurs prédictifs de la rechute est pertinente pour la dépression au sein d'une population âgée qui se caractérise par un pourcentage élevé de personnes qui vivent une rechute de l'épisode dépressif.

Dans la présente étude, nous avons choisi d'évaluer la rechute dépressive pendant la rémission complète des symptômes dépressifs, c'est-à-dire, que lors de l'entrée dans l'étude chaque individu devait ne plus rencontrer les critères d'une dépression majeure pour une période d'au moins deux mois. De plus, la rechute de la dépression majeure pouvait survenir à n'importe quel moment durant le suivi de six mois. Si l'on considère la définition de Frank et al. (1991), cette manière de mesurer la rechute inclut également la récurrence. La décision de définir la rechute dépressive comme étant le retour des symptômes d'un épisode de dépression majeure à n'importe quel moment durant le suivi de six mois, s'explique par la difficulté à obtenir des données en nombre suffisant pour permettre une distinction et une comparaison valable entre la rechute et la récurrence.

#### Vulnérabilité cognitive proximale à la dépression

La vulnérabilité proximale se rapporte aux facteurs liés à l'apparition d'un épisode, ce qui inclut la récurrence et la rechute d'un épisode dépressif (Ingram, Miranda, & Segal, 1998). L'intérêt pour les questions qui touchent la vulnérabilité proximale est donc d'examiner les facteurs qui précèdent immédiatement l'augmentation de la symptomatologie dépressive (ou

l'apparition de la rechute), ce qui diffère des facteurs distaux qui eux se forment probablement lors de l'enfance.

Bien entendu, il existe différentes façons d'identifier les facteurs proximaux. Une méthode consiste à choisir les facteurs de vulnérabilité à partir des travaux empiriques précédents alors qu'une autre méthode consiste à choisir les facteurs proximaux à partir d'un contexte théorique de la dépression. Par exemple, certains chercheurs ont examiné différentes variables telles que la sociotropie versus l'autonomie (Hammen, Ellicott, Gitlin, & Jaminson, 1989; Robins & Block, 1988), la dépendance versus l'auto-critique (Segal, Shaw, Vella, & Katz, 1992) ou même l'attachement (Hammen, Burge, Daley, Davila, Paley, & Rudolph, 1995). Dans le présent projet, nous avons choisi d'examiner la rechute dépressive à partir des facteurs proximaux qui proviennent d'un modèle cognitif de la dépression. Les raisons qui justifient l'étude de la rechute dépressive sous l'angle d'un modèle cognitif de la dépression chez les personnes âgées sont expliquées dans les paragraphes qui suivent.

Tel que Abramson, Alloy et Hogan (1997) l'ont souligné, plusieurs chercheurs ont étudié la dépression sans considérer la contribution d'une vulnérabilité cognitive. Il est important de comprendre la relation entre les structures cognitives et la dépression autant d'un point de vue théorique que clinique. Toutefois, la compréhension de la rechute dépressive à partir uniquement des structures cognitives de vulnérabilité est aussi incomplète. D'ailleurs, les études qui n'ont examiné que la contribution des structures cognitives dans l'étude de la dépression ont rapporté

des résultats variés (Coyne & Whiffen, 1995). Cette constatation souligne l'importance d'évaluer les structures cognitives mais aussi les autres facteurs qui peuvent influencer le rôle de ces dernières dans la rechute dépressive.

Parmi les facteurs sociaux étudiés, les événements de vie négatifs ont fortement été associés à la dépression chez différents groupes de personnes incluant la cohorte de personnes âgées (George, 1994). En effet, George (1994) avait précisé qu'il serait fortement utile d'effectuer des études longitudinales afin de mieux comprendre le rôle des événements de vie négatifs dans la dépression au sein d'une population âgée. L'intérêt pour l'étude d'un modèle de diathèse du stress chez les personnes âgées vient justement du fait que l'utilisation de ce modèle permet non seulement d'évaluer l'impact de deux variables importantes (structures cognitives et événements de vie négatifs) dans la rechute dépressive mais aussi, et surtout, l'examen de l'interaction de ces deux variables.

D'ailleurs, les modèles cognitifs de la dépression cherchent à expliquer le déclenchement d'une dépression, qu'il s'agisse d'un premier épisode, d'une rechute ou d'une récurrence, sur la base d'une prédisposition activée par un événement de vie de nature stressante (diathesis-stress models). L'hypothèse centrale est donc une hypothèse d'interaction entre la vulnérabilité d'un individu et une situation environnementale qui déclenche le phénomène de diathèse en question (Ingram et al., 1998). La variable de vulnérabilité est considérée comme étant de nature cognitive mais sa présence n'est pas suffisante pour produire la condition dépressive. En effet, l'état

dépressif apparaît seulement lorsqu'un événement ou une situation de vie négative active les structures cognitives. Pour les individus qui ne possèdent pas les structures cognitives de vulnérabilité, les événements de vie en question produiront un certain niveau de détresse mais cet état ne culminera pas en une dépression. Nous allons maintenant examiner plus en détails la nature de ces structures cognitives et leur interaction avec les événements de vie à partir du modèle initialement proposé par Beck (1963, 1967).

### Modèle cognitif de la dépression de Beck

La théorie cognitive de la dépression de Beck soutient que des croyances erronées et un processus de traitement de l'information inadapté jouent un rôle important dans l'explication de la vulnérabilité et le maintien de la dépression (Beck, 1963, 1967, 1976). Ainsi, les gens qui possèdent des structures cognitives spécifiques et latentes risquent de vivre une dépression si ces structures cognitives deviennent activées par des événements de vie négatifs. C'est au moment où les structures cognitives sont activées que le traitement de l'information est modifié. Entre autres, les croyances que l'individu entretient envers soi, l'environnement et le futur sont altérées. Le modèle cognitif de Beck (1967, 1976) comprend trois concepts cognitifs - les pensées automatiques, la distorsion cognitive et la structure cognitive (voir Figure 1, page 27).

### Structures cognitives.

Dans la littérature, une définition commune à la théorie et à la recherche sur la dépression est que la structure cognitive constitue un élément organisé de réactions et d'expériences du

passé qui forme un tout cohérent et persistant de connaissances sur soi-même et le monde, et qui a la capacité de guider les perceptions et évaluations subséquentes (Segal, 1988). En effet, il semble que ces structures cognitives influencent le fonctionnement des processus cognitifs. Les informations de sources internes ou externes sont perçues et interprétées d'une façon sélective, égocentrique et rigide, ce qui affecte en retour l'encodage et le rappel des informations provenant de l'environnement (Beck & Weishaar, 1989).

Les structures cognitives qui comprennent des attitudes rigides et inappropriées de soi, des autres et de l'environnement prédisposent ou rendent un individu vulnérable à la dépression. Selon le modèle de la dépression de Beck, les structures cognitives dysfonctionnelles se forment à partir des expériences vécues dans l'enfance. Par exemple, la présence de critiques parentales excessives ou de punitions lors d'échecs peut se résumer en une règle personnelle telle que "Je dois absolument réussir dans tout ce que j'entreprends".

Les gens qui ont des structures cognitives dysfonctionnelles n'ont pas de telles croyances dans tous les domaines de leur vie, ces croyances dysfonctionnelles sont plutôt limitées à un ou deux domaines (Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck, 1994). À ce sujet, Beck (1983) a observé qu'il pouvait classer les cas de dépression en deux catégories: A) les gens qui ont des problèmes qui impliquent principalement la sociabilité (sociality) ou la dépendance sociale, et B) ceux qui vivent des problèmes qui concernent l'individualité ou l'autonomie. De ces observations, il a introduit les concepts de sociotropie et d'autonomie.

Selon Beck (1991), le concept de sociotropie réfère à la préférence pour l'intimité, la proximité et la dépendance. D'après cette définition, un individu sociotrope recherche l'approbation et l'acceptation, et il tente de plaire aux autres afin de maintenir les relations interpersonnelles. Il sera alors hypersensible aux événements qui représentent un retrait de l'affection ou du soutien provenant des relations interpersonnelles. Le concept d'autonomie réfère à la préférence pour l'indépendance, la mobilité et la liberté de choix. Un individu qualifié d'autonome sera ainsi préoccupé par l'accomplissement et l'action et préfère être indépendant des autres, il n'aime pas demander de l'aide et il est hypersensible aux événements qui bloquent ce besoin d'accomplissement.

Il est intéressant de noter que ces deux types de vulnérabilité cognitive sont similaires aux propositions théoriques formulées par Blatt (1974), un auteur d'orientation psychodynamique. En effet, Blatt distingue aussi deux types de dépression. La dépression anaclitique est caractérisée par des peurs intenses d'être abandonné, une lutte intense afin de maintenir un contact direct avec l'objet ainsi que des sentiments de faiblesse et une impression de ne pas pouvoir trouver une gratification et du confort, tandis que la dépression introjective se caractérise par des peurs intenses de perdre l'approbation, la reconnaissance et l'amour qui provient de l'objet de gratification. Des sentiments d'être sans valeur, la culpabilité et l'impression de ne pas vivre à la hauteur des standards et attentes sont des exemples du style de caractère introjectif. Le caractère anaclitique prendrait forme lors du stade oral puisqu'il serait relié aux premières réactions de

l'enfant à la blessure narcissique et à la perte de l'amour parentale. Le caractère introjectif se développerait un peu plus tard dans le développement, c'est-à-dire, lors de la phase phallique-oedipienne au moment où le surmoi se développe et que l'enfant est confronté au complexe d'Oedipe ou d'Électre. Ces structures ne sont pas statiques mais plutôt dynamiques et opérationnelles (Clark, Beck, & Alford, 1999). Comme il est indiqué dans le modèle cognitif de la dépression de Beck (voir la figure 1, page 27), les difficultés dans l'enfance conduisent à la formation de structures cognitives spécifiques, qui en interaction avec les événements de vie, peuvent conduire à l'activation des structures cognitives. Pour ce qui est des distorsions cognitives, elles sont le produit cognitif résultant de l'opération des structures cognitives.

#### Distorsions cognitives.

L'activation des structures cognitives conduit à une élaboration sélective des caractéristiques négatives des événements de vie, ce qui en retour amène une interprétation et une évaluation négative du contexte environnemental. En effet, les interprétations ou évaluations sont le produit des schémas ou structures cognitives qui dominent les processus du traitement de l'information (Clark, Beck, & Alford, 1999).

Les distorsions cognitives se rapportent au produit d'un mauvais fonctionnement des processus cognitifs normaux qui conduit à une interprétation biaisée de la réalité objective, ce qui en retour confirme les attentes négatives des personnes dépressives. Beck et Weishaar (1989) ont distingué six types de distorsions cognitives soit: inférence arbitraire, abstraction sélective,

surgénéralisation, magnification ou minimisation, personnalisation et pensées dichotomiques.

Selon le modèle de la dépression de Beck (voir figure 1), la présence des distorsions cognitives conduit à l'activation des pensées négatives.

#### Pensées automatiques négatives.

Le terme automatique signifie que ces pensées apparaissent sans que l'individu en soit conscient et sans questionner la validité du contenu. Ces pensées sont spécifiques et distinctes. La présence de pensées automatiques amène les personnes à se percevoir comme des êtres sans valeur et indésirables, et elles s'attendent à vivre des échecs et du rejet (Segal, 1988). Ainsi, elles considèrent leurs pensées automatiques comme étant plausibles et réelles. Quoique les pensées automatiques soient contraires à une évaluation objective de la réalité, celles qui influencent grandement le comportement comportent habituellement la plus grande idiosyncrasie. Ces pensées automatiques qui précèdent l'éveil émotionnel et physiologique sont des distorsions de la réalité beaucoup plus fortes que les autres formes de pensées (Emery & Tracy, 1987). Ainsi, si l'on se réfère au modèle cognitif de la dépression de Beck, la flèche qui relie les pensées automatiques négatives aux symptômes dépressifs, signifie que les pensées automatiques négatives précèdent directement l'apparition des symptômes dépressifs.

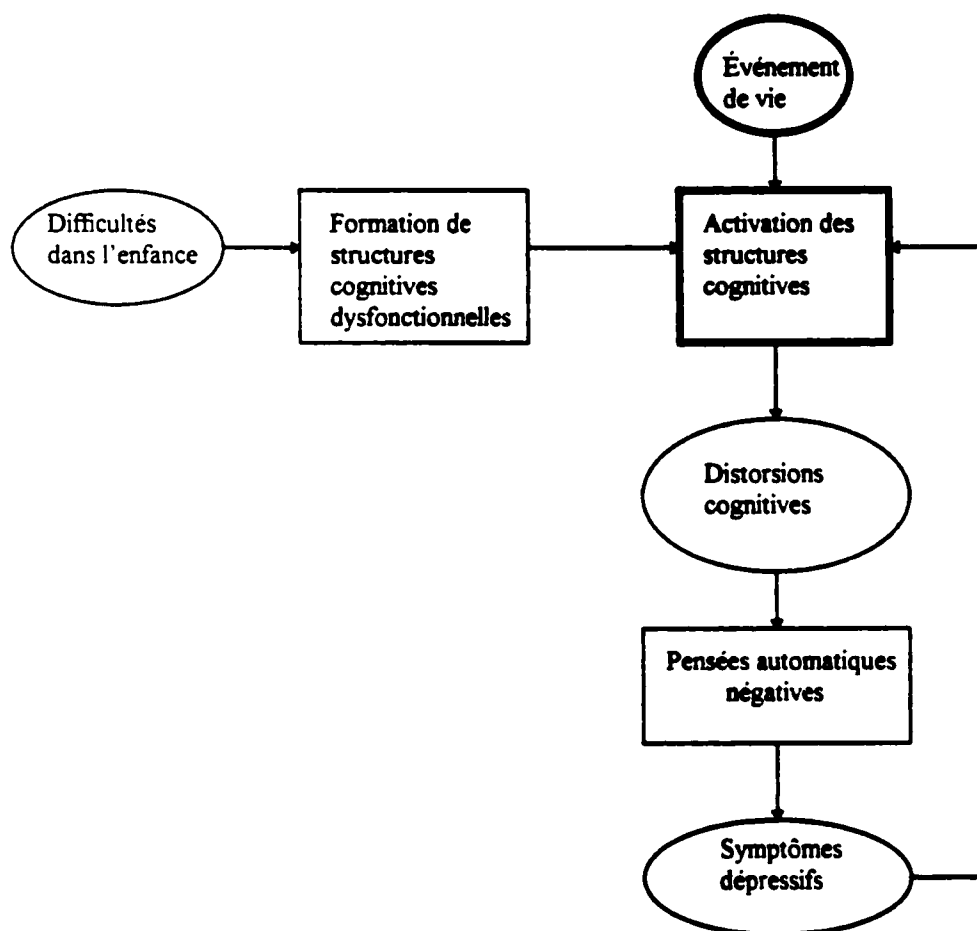


Figure 1. Rôle des attitudes dysfonctionnelles et des événements de vie dans la dépression: Le modèle clinique de la dépression de Beck. Tiré de Charlton et Power (1995).

Ce modèle de diathèse du stress postule que la dépression survient suite à l'activation des structures cognitives latentes par des événements de vie négatifs. En ce qui concerne les processus cognitifs de base qui sont impliqués, le modèle fait essentiellement la même prédiction pour n'importe quel épisode dépressif, sans considération particulière au fait que l'épisode apparaît pour la première fois ou que l'épisode apparaît plus tard dans la vie d'une personne. Abramson et ses collègues (1999) ont rapporté que l'hypothèse de vulnérabilité pouvait s'appliquer aussi bien à la récurrence qu'à l'apparition d'un premier épisode, ce qui suggère que des processus similaires puissent, au moins en partie, sous-tendre l'apparition d'un premier épisode et les épisodes dépressifs subséquents. Une nuance a toutefois été apportée par Ingram et al (1998) pour lesquels les dépressions répétées augmentent la probabilité d'activation des patrons cognitifs de la dépression et une généralisation de ces patrons à un plus grand nombre d'événements de vie. D'ailleurs, le modèle de la dépression de Beck indique une relation entre les symptômes dépressifs et l'activation des structures cognitives. Cette flèche indique que la présence d'une activation répétée d'une structure cognitive par un nombre varié de stimuli peut abaisser le seuil d'activation de cette structure en augmentant la susceptibilité de vivre des symptômes dépressifs et même conduire à une rechute ou une récurrence de l'épisode dépressif.

#### Hypothèse de congruence entre l'événement stressant et la structure dépressogène.

Comme l'ont commenté Zuroff et Mongrain (1987), il s'agit de spécifier les conditions qui conduisent à l'activation des structures dépressogènes. Beck (1983) a proposé que l'activation

de ces structures cognitives dépend de la congruence entre l'événement de vie et le contenu des structures cognitives latentes. Dans le modèle de Beck, le type d'adversité qui correspond aux préoccupations centrales de la personne concernant son sentiment de valeur personnelle est plus particulièrement susceptible d'activer la structure en question. Il a ainsi souligné que certains types d'événements sont susceptibles d'activer certains types de structure. Rappelons que le concept de dépendance se rapporte à la préférence pour l'intimité, la proximité et la dépendance. Un événement de vie tel que le décès d'un ami peut alors activer le contenu des structures cognitives de dépendance d'une personne puisque son sentiment de valeur personnelle est dérivé de ces relations interpersonnelles. Pour ce qui est du concept d'accomplissement, on parle d'une préférence pour l'indépendance, la mobilité et la liberté de choix. Un événement tel qu'un échec au travail peut alors activer les structures cognitives d'accomplissement puisque le sentiment de valeur personnelle est relié à l'indépendance et à l'accomplissement.

Afin d'examiner la relation entre les caractéristiques de vulnérabilité et la dépression, Nietzel et Harris (1990) ont conduit une méta-analyse de 24 études publiées au début de l'année 1976 jusqu'au mois de juin 1989. Ces chercheurs n'ont identifié que cinq études qui se sont intéressées à la question de l'interaction entre les structures cognitives et les événements de vie spécifiques. Entre autres, ils rapportent que l'hypothèse de congruence fut appuyée par les travaux de Hammen et al. (1989) et soutenue de façon partielle dans l'étude de Zuroff et Mongrain (1987), l'étude de Robins et Block (1988) et celle de Hammen, Marks, Mayol et

deMayo (1985). L'étude de Smith, O'Keeffe et Jenkins (1988) n'a pas soutenu l'hypothèse de congruence. Les résultats de ces travaux de recherche sont discutés dans les paragraphes qui suivent

L'étude de Hammen et al. (1989) avait comme objectif de tester l'hypothèse de congruence du modèle de Beck auprès d'un échantillon composé de patients qui avaient souffert d'un désordre dépressif unipolaire ou bipolaire. Une caractéristique importante de cette étude est l'utilisation d'un devis longitudinal. Entre autres, ils ont testé le modèle de congruence en utilisant un devis longitudinal dans lequel les symptômes dépressifs des participants lors de l'admission dans l'étude étaient contrôlés. Parmi les patients qui avaient vécu une augmentation des symptômes dépressifs suite à une période de rémission, la sévérité des symptômes était prédite par l'hypothèse de congruence mais seulement pour l'échelle d'autonomie telle que mesurée par l'Échelle de sociotropie-autonomie "Sociotropy-Autonomy Scale" (Beck, Epstein, Harrison, & Emery, 1983). Selon Hammen et al. (1989), ces résultats peuvent s'expliquer par la méthode utilisée dans l'évaluation des événements de vie. L'évaluation d'un événement de vie, selon une méthode préétablie, ne permet pas d'évaluer la perception subjective d'un événement. De plus, une autre limite de cette étude concerne le nombre limité de participants. En effet, l'échantillon n'était composé que de 27 participant(e)s.

Tel que mentionné plus haut, trois études ont soutenu de façon partielle, l'hypothèse de congruence. Zuroff et Mongrain (1987) ont testé l'hypothèse de congruence au sein d'une

population étudiante. Dans cette étude, les variables dépendantes étaient une mesure de l'état dépressif anaclitique (dépendant) et introjectif (auto-critique), une distinction apportée par Blatt (1974). Les participantes ont été sélectionnées à l'aide du "Depressive Experiences Questionnaire" (DEQ), qui mesure deux facteurs (la dépendance et l'auto-critique) de vulnérabilité à la dépression dite anaclitique versus introjective. En situation de laboratoire, les participantes devaient écouter une situation de rejet d'un ami intime ou d'un refus d'être accepté dans une école graduée. Les résultats ont soutenu l'hypothèse de congruence pour les participantes dont les structures de vulnérabilité étaient la dépendance. En effet, les participantes avec une structure de vulnérabilité de type dépendance vivaient un état de dépression anaclitique lorsqu'elles vivaient une situation de rejet. Toutefois, les participantes qui présentaient une structure de vulnérabilité du type auto-critique vivaient une dépressive introjective en réponse à une situation d'échec et à une situation de rejet interpersonnel. Les chercheurs ont alors conclu que l'auto-critique est une structure hautement accessible qui peut être activée par des événements non spécifiques au contenu de cette structure.

Toutefois, Robins et Block (1988) ont rapporté des résultats différents de ceux obtenus par Zuroff et Mongrain (1987). En effet, les résultats ont plutôt indiqué que la sociotropie est une structure hautement accessible qui peut être activée par des événements non spécifiques au contenu de cette structure. Il est intéressant de noter que les chercheurs n'ont pas tenu compte des différences individuelles dans l'évaluation de l'impact des événements et que les données ont

été recueillies auprès d'une population étudiante. Pour ce qui est des travaux futurs, Robins et Block (1988) ont mentionné qu'il serait préférable d'utiliser un instrument de mesure qui permet d'évaluer les deux structures (accomplissement et auto-contrôle) séparément, puisque la consistance interne de la structure d'autonomie de l'Échelle de sociotropie-autonomie (SAS) n'est pas optimale.

Des résultats similaires à Robins et Block (1988) ont été rapportés par Hammen et al. (1985). Dans une étude faite auprès d'une population étudiante, Hammen et al. (1985) ont rapporté des résultats qui soutiennent l'hypothèse de congruence entre la structure cognitive de dépendance et les événements de type interpersonnel. Toutefois, cette étude n'a pas indiqué que la dépendance est une structure hautement accessible qui peut être activée par des événements non spécifiques au contenu de cette structure. Néanmoins, cette étude a appuyé l'hypothèse de congruence entre la structure cognitive d'auto-critique et les événements de type auto-critique. Toutefois, les chercheurs rapportaient que l'association entre la structure d'auto-critique et les événements de vie de type accomplissement était beaucoup moins élevée que la relation entre la structure de dépendance et les événements de type interpersonnel.

Pour ce qui est de l'étude menée par Smith et al. (1988), auprès d'une population étudiante, ces chercheurs ont rapporté des résultats significatifs. Toutefois, les analyses ne constituaient pas vraiment un test de l'hypothèse de congruence puisqu'ils avaient séparé les événements selon l'aspect positif ou négatif plutôt que de les séparer selon le type d'adversité

(dépendance versus autonomie).

Parmi les études mentionnées jusqu'à maintenant, seul les travaux de Hammen et al. (1989) comportait une population clinique, c'est-à-dire, un échantillon composé de patients qui avaient souffert d'un désordre dépressif. Or, les résultats qui appuient l'hypothèse de congruence dans un échantillon composé uniquement d'étudiant(e)s ne peuvent pas nécessairement être généralisés à une population clinique. Par exemple, il est possible de confirmer l'hypothèse de congruence pour des personnes qui rapportent des symptômes de détresse lorsqu'elles sont confrontées à des ennuis mineurs, mais sans pour autant que ces mêmes personnes soient à risque de vivre une dépression clinique. D'ailleurs, Coyne et Whiffen (1995) ont suggéré la prudence lorsque l'on tente de généraliser les résultats obtenus auprès d'une population étudiante à une population clinique, puisque les résultats peuvent refléter des processus psychologiques différents.

De plus, parmi les études mentionnées ci-haut, trois instruments de mesure différents ont été utilisés. Entre autres, les chercheurs ont évalué les structures cognitives à l'aide de l'Échelle d'attitudes dysfonctionnelles (Dysfunctional Attitude Scale), l'Échelle de sociotropie-autonomie (Sociotropy-Autonomy Scale) ou le Questionnaire d'expériences dépressives (Depressive Experiences Questionnaire). De même, certaines de ces études ont traité les données obtenues par ces instruments à titre de variables continues alors que d'autres ont classé les données selon une variable discrète (selon un seuil critique). Ce manque d'homogénéité dans la méthode de

classification des données peut expliquer les résultats divergents.

Parmi les études qui ont été publiées après 1989, certaines ont appuyé l'hypothèse de congruence. En effet, l'hypothèse de congruence entre les structures de dépendance et les événements de type interpersonnel, au sein d'une population adulte dépressive, a été appuyée par les travaux de Segal, Shaw et Vella (1989). Par contre, ces chercheurs ne trouvèrent aucun appui statistique pour l'hypothèse de congruence entre les structures d'auto-critique et les événements de type accomplissement.

Quoique ces résultats soient difficiles à expliquer, Segal et al. (1989) ont formulé différentes hypothèses explicatives. Entre autres, ils ont souligné que certaines recherches (Hammen et al., 1985; Zuroff & Mongrain, 1987), ont rapporté une plus grande facilité à trouver un appui empirique pour l'hypothèse de congruence en ce qui concerne la dépendance comparativement à l'auto-critique. Ils ont ajouté que tant du point de vue théorique que du point de vue opérationnel, l'auto-critique est un construit beaucoup moins élaboré que celui de la dépendance.

Des résultats similaires ont été obtenus par Robins (1990). En effet, il rapportait une hypothèse de congruence significative pour les patients dépressifs hautement sociotropes qui avaient vécu des événements de type interpersonnel. De plus, l'hypothèse de congruence pour les patients hautement autonomes n'était pas significative. Robins a mentionné que ces résultats soutiennent l'importance du construit de sociotropie alors que le construit d'autonomie semble

beaucoup moins important.

Par contre, cette étude comporte des limites importantes en ce qui concerne le type de devis, la nature de l'échantillon et les instruments de mesures utilisés. Premièrement, Robins (1990) a utilisé un devis transversal qui peut comporter un biais dans les réponses des candidats. Entre autres, les individus qui ont récemment vécu un événement de nature sociale peuvent être particulièrement conscients de leurs besoins interpersonnels, et ainsi endosser plusieurs des traits sociotropiques. Deuxièmement, l'échantillon était composé de 30 hommes et 11 femmes, alors que les études épidémiologiques ont indiqué qu'il existe deux fois plus de femmes dépressives que d'hommes dépressifs à l'âge adulte. Troisièmement, Robins (1990) a questionné la validité de l'Échelle de sociotropie-autonomie (Sociotropy-Autonomy Scale-SAS). Malgré les études qui ont soutenu la validité de cette échelle, Robins a tenu à souligner un manque d'appui empirique pour la validité des informations obtenues par cet instrument de mesure comparativement à des données plus observables (telles que celles fournies par l'entourage des individus). L'inventaire des événements de vie utilisé dans l'étude est aussi moins valide que les informations recueillies lors d'une entrevue semi-structurée. Ainsi, les instruments de mesure ont peut-être réduit la possibilité d'identifier une hypothèse de congruence significative, et ce, particulièrement pour l'échelle d'autonomie.

Pour ce qui est de l'étude de Lam, Green, Power et Checkley (1994), les résultats n'ont pas soutenu l'hypothèse de congruence entre les structures cognitives de dépendance et le type

d'adversité au sein d'une population adulte souffrant de dépression majeure. Par contre, les chercheurs ont remarqué une tendance significative entre la structure cognitive de dépendance et le type d'adversité. Ils ont expliqué les résultats en soulignant qu'il est difficile de détecter une hypothèse de congruence significative à l'aide d'un petit échantillon. En effet, seulement 37 personnes ont participé à l'étude. De plus, Lam, Green, Power et Checkley (1996) ont effectué un suivi de 30 des 37 participants de l'étude originale publiée en 1994. Cette fois-ci, ils ont étudié la valeur prédictive de l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance à l'aide d'un devis longitudinal. Les participants, qui avaient vécu des événements de vie congruents à la structure cognitive de dépendance, étaient significativement plus à risque de vivre une rechute dépressive. Cette étude souligne l'importance d'étudier les variables cognitives et les facteurs sociaux à l'aide d'un devis longitudinal.

À notre connaissance, Segal et al. (1992) sont les seuls chercheurs à avoir examiné l'hypothèse de congruence, pour la dépendance et l'auto-critique, dans la prédiction de la rechute dépressive. L'objectif de l'étude était d'évaluer si les personnes dépressives en rémission, étaient plus vulnérables à une rechute dépressive, lorsqu'elles avaient été exposées à des événements de vie de nature interpersonnelle ou d'accomplissement. Une première série d'analyses de régressions multiples incluait le score obtenu à chacune des sous-échelles du DAS, ainsi que le nombre d'événements stressants et l'évaluation subjective du caractère stressant des événements dans chaque domaine (interpersonnel et accomplissement). Les résultats ont soutenu l'hypothèse

de congruence pour les participants hautement auto-critiques. En effet, le nombre d'événements de type accomplissement et le score obtenu à l'échelle d'auto-critique du DAS (Dysfunctional Attitudes Scale) permettaient de prédire la rechute dépressive. De plus, l'hypothèse d'interaction entre l'évaluation subjective du caractère stressant des événements reliés au domaine de l'accomplissement et le score obtenu à l'échelle d'auto-critique du DAS était aussi significatif. Toutefois, aucun des modèles qui permettait de tester l'hypothèse de congruence pour les sujets hautement dépendants n'était significatif.

Cette première série d'analyses était justifiée par l'hypothèse que la rechute survient suite aux effets cumulatifs des événements stressants. Or, il est possible que l'apparition de certains types d'événements de vie conduise, à une rechute dépressive à cause de la sévérité ou de la signification de l'événement pour l'individu. Afin d'évaluer si la nature proximale des événements de vie pouvait conduire à une rechute dépressive, Segal et al. (1992) ont refait des analyses de régression multiple en incluant, cette fois-ci, le nombre d'événements vécus ou l'évaluation subjective du caractère stressant des événements de vie, mais seulement pour les événements de vie qui sont survenus deux mois avant la rechute. Dans cette deuxième série d'analyses, seulement l'hypothèse d'interaction entre le score à l'échelle de dépendance du DAS et l'évaluation subjective du caractère stressant des événements était significative.

Afin de mieux tester la question de spécificité des hypothèses de congruence, Segal et al. (1992) ont aussi évalué des hypothèses de non congruence. Par exemple, pour les individus qui

avaient obtenu un score élevé à l'échelle d'accomplissement, ils ont opérationnalisé cette hypothèse en incluant les scores obtenus à l'échelle d'accomplissement du DAS ainsi que le nombre d'événements ou le caractère stressant des événements de vie de nature sociale. Parmi ces analyses, l'hypothèse de non congruence pour les individus hautement auto-critiques était significative.

En général, Segal et al. (1992) ont conclu que les résultats soutiennent l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive d'auto-critique, et dans une certaine mesure, les résultats appuient également l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance. Les individus hautement auto-critiques sont plus à risque de vivre une rechute dépressive lorsqu'ils sont exposés à des événements qui bloquent leurs besoins d'accomplissement, un modèle qui était obtenu lorsque le nombre d'événements ou le niveau stressant des événements dans le domaine de l'accomplissement étaient analysés. Pour ce qui est de l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance, ils ont noté la pertinence de cette hypothèse seulement lorsque les données obtenues deux mois avant la rechute étaient introduites dans le modèle de régression, et particulièrement, l'évaluation subjective du caractère stressant des événements de vie de nature interpersonnelle.

Bien que les événements de vie soient traités de façon monolithique (interpersonnel ou accomplissement), Segal et al. (1992) ont souligné que les événements de vie peuvent aussi varier selon plusieurs dimensions telles que la dimension temporelle. Selon eux, les événements

interpersonnel et d'accomplissement peuvent avoir un impact différent selon une dimension temporelle. Les événements interpersonnels ont peut-être un impact plus immédiat, alors que les événements d'accomplissement, ont des effets plus insidieux et cumulatifs. Afin d'appuyer leurs propos, ils ont examiné les événements de vie du PERI (Psychiatric Epidemiology Research Inventory), un instrument de mesure qu'ils ont utilisé pour la mesure des événements de vie. Par exemple, ils ont remarqué que les événements interpersonnels sont le reflet de rupture ou de pertes discrètes alors que les événements liés à l'accomplissement sont plutôt causés par des mauvaises conditions qui sont appelées à une détérioration future (exemple: problèmes au travail). Dans ce sens, les événements interpersonnels précipitent une rechute peu de temps après qu'ils surviennent alors que c'est l'aspect insidieux ou additif des événements liés à l'accomplissement qui augmentent les probabilités d'une rechute.

En général, les travaux de recherche présentés ont rapporté des résultats mixtes. Quoique certaines études aient soutenu l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance-sociotropie, d'autres ont rapporté que les individus qui ont obtenu un score élevé sur une échelle de dépendance-sociotropie, sont aussi vulnérables à la dépression suite à un événement de type accomplissement. Par ailleurs, les travaux de recherche ont moins souvent appuyé l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive d'accomplissement-d'auto-critique.

Néanmoins, les différentes caractéristiques méthodologiques des études précédentes et les commentaires formulés par les chercheurs ont permis d'effectuer des choix quant à la

méthodologie à retenir dans la présente étude. Entre autres, le devis longitudinal permet de mieux tester les hypothèses de congruence (Hammen et al., 1989). Pour ce qui est de l'échantillon, étant donné notre objectif de prédire la rechute chez une population clinique, il était primordial de rechercher une population qui était en rémission d'un désordre de dépression majeure (Coyne & Whiffen, 1995). De plus, il était important de trouver une échelle plus sensible à l'évaluation de l'accomplissement. De même, l'étude des événements de vie devait aller au-delà d'une méthode de classification préétablie et inclure la perception subjective de l'événement de vie, dans l'examen des hypothèses de congruence (Robins & Block, 1988).

#### Structures cognitives dysfonctionnelles et état dépressif

Le concept de structures cognitives dysfonctionnelles est-il un concept distinct de l'état dépressif ou bien les structures cognitives sont-elles simplement une manifestation cognitive du syndrome dépressif? Certains travaux militent en faveur de deux concepts distincts (Segal et al., 1992; Joiner & Rudd, 1996). La recherche de Joiner et Rudd (1996) suggère que les structures cognitives ne sont pas des manifestations du syndrome dépressif. En effet, ils ont exécuté des analyses factorielles pour huit construits liés à la dépression incluant les attitudes dysfonctionnelles qui mesurent les structures cognitives. Les résultats des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires indiquent que les symptômes cognitifs et les symptômes physiologiques du syndrome dépressif (mesurés par le BDI) forment un facteur qui, quoique relié aux attitudes dysfonctionnelles, en est empiriquement distinct. Dans le même sens, l'étude de

Segal et al. (1992) souligne également que les sous-échelles du "Dysfonctional Attitudes Scales (DAS)" mesurent des caractéristiques de la personnalité et non pas une humeur dépressive. Les chercheurs ayant obtenu les données du DAS à six moments différents au cours de la rémission et de la rechute, des analyses de corrélation ont été effectuées entre l'intensité de la symptomatologie dépressive et chacune des sous-échelles du DAS aux six temps de mesure. Tous les indices de corrélation variaient de .12 à .34 et ils n'étaient pas significatifs, à l'exception du score à l'échelle d'auto-critique du temps 5 ( $r = .49$ ,  $p < .001$ ), qui correspond à 10 mois après l'admission dans l'étude. Les scores au DAS ne fluctuaient donc pas avec la symptomatologie dépressive, ce qui constitue un argument en faveur de la distinction entre attitudes dysfonctionnelles et symptomatologie dépressive.

Initialement, la théorie disait qu'une personne vulnérable présente encore les structures dépressogènes même lorsqu'elle ne vit plus de symptômes dépressifs. À moins d'un effort concerté pour modifier les structures comme dans une psychothérapie, ces structures devraient persister en dehors des épisodes dépressifs. Pourtant, certains résultats de recherche indiquent que les structures dysfonctionnelles ne sont pas présentes lorsqu'une personne ne vit plus de symptômes dépressifs. Deux explications sont possibles. Tout d'abord, on pourrait évoquer un problème de mesure, c'est-à-dire, que les instruments de mesure existants (DAS) évaluent les symptômes dépressifs plutôt que les structures dysfonctionnelles. Deuxièmement, il est possible que les structures ne soient pas apparentes avant d'être amorcées ou activées. Pour tester cette

dernière hypothèse certains chercheurs utilisent une méthode d'induction de l'humeur dépressive à l'aide d'une stratégie d'amorçage.

Des études qui ont utilisé cette méthode n'ont pas démontré que ce genre d'amorçage pouvait activer les structures négatives (Blackburn & Smyth, 1985; Higgings, King, & Mavin, 1982). D'autres travaux empiriques ont toutefois démontré que l'induction d'une humeur dépressive chez les gens qui ont déjà vécu un épisode dépressif dans le passé permettait l'activation des structures cognitives (Miranda, Persons, & Byers, 1990; Roberts & Kassel, 1996). Par exemple, Zuroff et Mongrain (1987) ont induit une humeur dépressive par l'entremise de l'écoute d'une cassette audio qui contenait le récit d'une situation de rejet social ou d'une difficulté d'accomplissement. Lorsqu'une humeur dépressive était induite, et seulement dans ce cas-là, les sujets manifestaient plusieurs des attitudes dysfonctionnelles telles qu'évaluées par le DAS.

De même, il est important de spécifier que ce ne sont pas les événements de vie en général qui sont considérés comme les éléments activateurs des structures cognitives. En effet, le modèle de diathèse envisage des paramètres beaucoup plus spécifiques. Ainsi, les événements de vie doivent être spécifiques aux contenus des structures cognitives (dépendance ou autonomie fonctionnelle). Avant d'aborder l'hypothèse de congruence, une question importante doit être abordée. Les structures cognitives sont-elles une caractéristique ou un trait stable qui interagit continuellement avec le traitement de l'information ou bien cette vulnérabilité latente doit-elle

être activée pour influencer les processus cognitifs (distorsions cognitives)?

Disponibilité versus accessibilité des structures cognitives.

Dans une discussion sur la stabilité des structures cognitives, Ingram et al. (1998) ont établi une distinction entre la disponibilité et l'accessibilité des structures cognitives. Selon eux, la disponibilité indique la présence ou la possession de certaines structures cognitives alors que l'accessibilité signifie qu'une structure est présente, accessible et qu'elle a un impact continu sur les processus d'information.

Le modèle cognitif de diathèse du stress ne soutient pas la présence de structures cognitives accessibles en tout temps. D'ailleurs, tel que le précisent Ingram et al. (1998), plusieurs courants de pensées cliniques suggèrent que certaines représentations du soi (telles que les structures cognitives) sont disponibles sans être pour autant accessibles ou opérationnelles à un moment donné.

Le premier modèle cognitif de la dépression (Beck, 1963, 1967) postulait que les individus vulnérables à la dépression possédaient des structures dysfonctionnelles latentes (donc disponibles mais pas nécessairement accessibles) qui étaient activées (donc accessibles) par un événement stressant. Tel que l'ont souligné Ingram et al. (1998), l'essentiel du modèle cognitif de diathèse est qu'il existe une structure latente qui une fois activée amène à traiter l'information liée au soi d'une façon négative, ce qui conduit au déclenchement de la dépression.

Plusieurs chercheurs ont testé cette hypothèse de la stabilité des structures en comparant

les scores obtenus à des échelles qui mesurent les attitudes dysfonctionnelles à deux moments, soit lorsque les sujets sont déprimés et lorsqu'ils sont en rémission. Ces études ont rapporté que le score total est significativement plus élevé lorsque les sujets sont déprimés que lorsqu'ils ne sont pas déprimés (Eaves & Rush, 1984; Silverman, Silverman, & Eardley, 1984; Simons, Garfield, & Murphy, 1984). Par exemple, Williams, Healy, Teasdale, White et Paykel (1990) ont obtenu des résultats similaires dans une étude où l'objectif était de vérifier si les attitudes dysfonctionnelles pouvaient prédire la persistance des symptômes lors d'un traitement. Les participants de l'étude, qui étaient en rémission lors d'un suivi à six mois, obtenaient un score significativement plus bas à un questionnaire d'attitudes dysfonctionnelles comparés au score qu'ils avaient obtenu lors de leur admission pour dépression. Les sujets qui étaient demeurés déprimés ne démontraient pas de réduction significative des scores à cette échelle. Ces résultats laissent donc supposer qu'une structure est latente lors de la rémission, et activée lors d'un épisode dépressif.

Toutefois, cette hypothèse de latence des structures cognitives lors de la rémission est controversée. Elle a, entre autres, été critiquée par Power et Champion (1986) qui ont plutôt indiqué que les croyances dysfonctionnelles liées aux préoccupations ou objectifs d'un individu, qui sont le reflet des structures dépressogènes, devraient être autant actives durant l'épisode de dépression majeure que lors de la guérison (recovery) étant donné l'importance qu'ils ont pour l'individu (Power, 1987). Cette hypothèse a été appuyée en partie par une recherche

ultérieure de Power, Duggan, Lee et Murray (1995). Dans cette étude, le score total des attitudes dysfonctionnelles tel que mesuré par le DAS-24 retournait à la normale pendant la phase de rémission. Toutefois, l'examen des scores aux sous-échelles du DAS a montré que les sujets dépressifs en rémission obtenaient un score significativement plus élevé pour le facteur de dépendance que les sujets qui n'avaient jamais vécu de dépression. Ceci suggère que les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance peuvent persister au cours de la rémission. On peut alors anticiper que la survenue d'un événement stressant pourra produire une rechute chez une personne par réactivation de la structure latente.

Certains chercheurs se sont penchés sur l'importance des caractéristiques de la dépression pour l'activation des structures. Les travaux de Hammen, Miklowitz et Dyck (1986) ont démontré que la sévérité et la durée de l'épisode dépressif précédent peuvent influencer la force d'activation des structures cognitives négatives. De même, lorsque les sujets en dépression majeure sont comparés à d'autres groupes, tels que les sujets en rémission et ceux qui n'ont jamais souffert de dépression, ils obtiennent des scores significativement plus élevés sur des échelles qui mesurent les attitudes dysfonctionnelles (Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde, & Redner, 1993). Il est alors probable que dans le cas d'une dépression majeure, les structures cognitives qui ont été fortement activées peuvent être facilement réactivées lors de la rémission.

Les résultats de ces travaux de recherche fournissent de l'information intéressante sur la stabilité des structures cognitives. Toutefois, comme il a déjà été souligné, l'étude d'un modèle

cognitif de diathèse du stress ne nécessite pas que les structures cognitives soient stables dans le temps, c'est-à-dire, que les structures soient élevées lors de l'épisode et persistent lors de la rémission. En effet, Ingram et al. (1998) ont éclairci ces propos en expliquant qu'en supposant que les facteurs cognitifs soient toujours opérationnels, et donc persistants après l'épisode dépressif, ceci nous amènerait à conclure qu'aucun phénomène de rémission n'est possible. Si pour avoir une signification causale les facteurs doivent toujours être détectables et donc opérationnels, les gens devraient ainsi être toujours dépressifs (p. 125). Il semble donc préférable d'examiner les structures cognitives dans le contexte de structures disponibles qui peuvent être activées en présence d'un événement de vie congruent.

Les résultats de l'étude de Power et al. (1995) ne permettent pas toutefois de comprendre pourquoi les structures cognitives liées à la dépendance demeurent actives pendant la rémission des symptômes dépressifs. Selon Robins et Hayes (1993), la structure dysfonctionnelle la plus importante à travailler en thérapie est souvent la structure interpersonnelle puisque plusieurs des difficultés présentées par les patients en thérapie sont le reflet d'une structure interpersonnelle qui est active. À ce sujet, Safran (1990) ainsi que Safran et Segal (1990) ont mentionné que de telles structures tendent à persister parce qu'ils influencent les comportements des sujets qui en conséquence vivent des situations interpersonnelles qui renforcent la structure (rétroaction positive). L'existence d'un cycle cognitif-interpersonnel suggère ainsi que les structures cognitives peuvent intervenir non seulement lors de l'interprétation d'une situation mais aussi

dans la création de situations interpersonnelles congruentes avec la structure.

### Événements de vie.

Depuis plusieurs années, les chercheurs s'entendent pour dire qu'un événement de vie stressant augmente la probabilité de vivre un épisode dépressif (Brown & Harris, 1978).

Cependant les travaux de recherche qui ont examiné cette hypothèse ont rapporté un effet prédictif faible ou modéré (Ingram et al., 1998). Suivant cette constatation plusieurs chercheurs ont proposé l'examen de l'interaction entre les événements de vie et les structures cognitives dans la dépression.

C'est ici qu'entre en jeu l'hypothèse de congruence formulée par Beck (1983). Selon l'hypothèse de congruence, ce sont les événements de vie négatifs qui sont congruents aux structures dysfonctionnelles des personnes qui ont un impact négatif sur la santé mentale, tandis que les événements qui ne sont pas congruents aux structures dysfonctionnelles produisent un certain niveau de détresse, un état qui ne conduit pas nécessairement à la dépression. Rappelons que deux types de structure ont été identifiés par la théorie et les recherches. La sociotropie ou la dépendance est une structure dysfonctionnelle pour laquelle l'estime de soi est basée sur les relations interpersonnelles, alors que l'autonomie ou l'accomplissement est une structure qui amène la personne à baser son image d'elle-même selon les réussites personnelles et les standards de vie élevés.

Tel que mentionné dans la section "hypothèse de congruence entre l'événement stressant

et la structure dépressogène”, plusieurs études ont soutenu l’hypothèse de congruence. Il ne faut toutefois pas oublier que ces études ont examiné le postulat de Beck au sein d’une population adulte. D’ailleurs, le modèle théorique de Beck a été formulé à partir des préoccupations typiques de l’âge adulte telles que l’accomplissement au travail et le besoin d’affiliation. Or, Beck a postulé que ces structures cognitives demeurent stables, ce qui suggère qu’elles soient présentes même à l’âge avancé. Toutefois, on peut se questionner sur la capacité de l’hypothèse d’interaction spécifique à prédire la dépression au sein d’une population âgée compte tenu que la nature des événements majeurs rencontrée par les personnes âgées est différente de celle vécue par les personnes adultes d’âge moyen.

Comme l’a commenté Cappeliez (1994), les recherches indiquent que la santé et les relations sociales sont deux domaines de la vie d’une personne âgée qui sont sources de difficultés chroniques et qui sont reliés à la dépression. De plus, ces deux types d’événements peuvent interférer avec les motivations ou domaines de préoccupations de l’âge adulte mis en évidence par Beck (1983). En effet, si on s’en tient à la description de Beck, la maladie physique perçue, les incapacités et les détériorations de la santé physique, sont des stressseurs spécifiques qui limitent l’atteinte des objectifs (liberté de choix, d’actions et l’atteinte d’objectifs) qui peuvent conduire un individu hautement autonome à une dépression. Pour ce qui est d’un individu âgé hautement sociotrope, on peut penser qu’il est susceptible de rapporter des symptômes dépressifs suite à un événement interpersonnel tel que le décès du conjoint, un événement que plusieurs

personnes âgées ont à vivre.

Dans le cadre de la prédiction de la rechute dépressive, on peut formuler l'hypothèse qu'un événement de vie qui affecte négativement les relations personnelles aura plus de chance de redéclencher une dépression chez une personne qui dépend des relations interpersonnelles pour maintenir son sentiment de valeur personnelle (sociotropie) et qu'un événement qui représente un insuccès dans la réalisation des objectifs aura plus de chance de redéclencher une dépression chez une personne qui base son sentiment de valeur personnelle justement sur l'accomplissement d'objectifs ou l'atteinte de critères d'autonomie.

Ainsi, ce qui est important c'est la signification donnée à l'événement de vie. En effet, l'événement doit être évalué de façon à activer des émotions de tristesse et les réseaux cognitifs qui y sont associés (Ingram et al., 1998). Le concept d'évaluation (appraisal) provient initialement des écrits d'Arnold (1960) et il a été raffiné par Lazarus (1966). L'évaluation est un processus qui donne une signification subjective aux événements. Ingram et al. (1998) citent, entre autres, les travaux d'Averill (1979) qui ont élaboré ce concept en expliquant que l'évaluation dépend des croyances quant aux paramètres de l'événement et les attentes que l'individu possède face aux conséquences de l'événement. Ainsi, un individu qui possède une structure de vulnérabilité de dépendance très articulée peut, lorsqu'il vit un événement de rejet interpersonnel, croire qu'il lui sera impossible de revoir cette personne (paramètre de l'événement) et que la vie ne sera jamais comme avant sans la présence de cette personne

(conséquences de l'événement). Donc, la signification donnée à un événement est une variable importante à prendre en considération quel que soit l'âge de l'échantillon étudié. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a discuté et testé ce concept dans l'étude de la dépression auprès des personnes âgées.

### Objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif de la recherche est de déterminer la mesure dans laquelle l'hypothèse de congruence entre 1) les structures cognitives (dépendance et accomplissement) et 2) les événements de vie (affectant les relations interpersonnelles pour la dépendance et la réalisation d'objectifs pour l'accomplissement) permet de prédire la rechute d'un épisode dépressif majeur au sein d'une population âgée.

#### Hypothèse 1

La combinaison d'un événement de vie de type interpersonnel survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé à l'échelle de dépendance du DAS-24 (manifestation du type dépendant), prédit une rechute dépressive chez les personnes âgées.

Justification:

Selon Beck (1983), un événement de vie qui affecte négativement les relations interpersonnelles aura plus de chance de déclencher une dépression chez une personne qui dépend des relations interpersonnelles pour maintenir son sentiment de valeur personnelle. Nous formulons ici l'hypothèse que ce principe de spécificité s'applique aussi à la vulnérabilité à la

rechute au sein d'une population âgée.

### Hypothèse 2.

La combinaison d'un événement de vie qui empêche l'accomplissement d'objectifs ou l'atteinte de critères de manière autonome survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé à l'échelle d'accomplissement du DAS-24 (manifestation du type accomplissement), prédit une rechute dépressive chez les personnes âgées.

Justification:

Selon Beck (1983), les sujets qui présentent un schéma autonome se caractérisent par l'accent mis sur l'indépendance, la mobilité et la liberté de choix pour leur sentiment de valeur personnelle. Un individu qualifié d'autonome est concerné par l'accomplissement et l'action. Confronté à un événement de vie qui bloque cette capacité d'accomplissement ou qui représente un échec, il sera vulnérable à la dépression. Nous formulons ici l'hypothèse que le principe de spécificité s'applique également pour la prédiction de la rechute chez les personnes âgées.

### Hypothèse additionnelle.

La combinaison d'un événement de vie qui empêche le contrôle de soi ou qui prévient l'utilisation des techniques qui permettrait l'atteinte d'un objectif survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé à l'échelle d'auto-contrôle du DAS-24 (manifestation du type auto-contrôle), prédit une rechute dépressive.

Justification:

L'analyse factorielle de la forme DAS-24 conduite par Power et al. (1994) a mis en évidence un troisième facteur dans cette échelle qui est l'auto-contrôle. Ce facteur n'a pas fait l'objet d'étude jusqu'à maintenant parce que les chercheurs se sont surtout intéressés à examiner la contribution de deux autres facteurs (accomplissement et dépendance). Il s'agit donc d'une hypothèse de nature exploratoire.

Ce concept d'auto-contrôle se rapproche de l'autonomie postulé par Beck (1983). Il est cependant difficile de définir le terme auto-contrôle. À notre connaissance, aucune recherche n'a jusqu'à maintenant essayé de définir ou de préciser les préoccupations ou soucis de ce type de vulnérabilité, comme l'avait fait Beck (1983) pour les concepts de sociotropie et d'autonomie.

Ainsi, l'introduction du terme auto-contrôle (self-control) n'est pas sans causer des problèmes. En effet, est-ce que l'auto-contrôle implique un contrôle du soi (soi comme objet) ou plutôt une série de stratégies utilisées afin d'arriver à un objectif? Un examen attentif des items du "Dysfonctional Attitudes Scale" qui évaluent l'auto-contrôle selon l'analyse factorielle de Power et al. (1994), suggère que l'auto-contrôle implique ces deux aspects. Par exemple, les items "Je devrais toujours avoir un contrôle total sur mes émotions", "Je devrais être heureux tout le temps" ou "Il est possible d'être réprimandé sans être troublé" sont congruents avec les propos d'Erikson (1950) qui a souligné l'importance de contrôler le soi, dans le sens où le développement du soi permet, entre autres, de consolider l'identité et d'augmenter l'estime de soi.

D'autres items tels que "Si j'essaie vraiment fort, je devrais être capable d'exceller dans tout ce que j'entreprends" et "Je devrais être capable de résoudre mes problèmes rapidement et sans gros effort" réfèrent plutôt à des techniques d'auto-contrôle qui constituent des techniques utilisées par un individu de façon consciente et systématique afin d'influencer les cognitions et/ou les comportements qui permettront d'atteindre un objectif désiré (Sillamy, 1989).

Il est toutefois possible de proposer l'hypothèse qu'un score élevé à cette sous-échelle du DAS-24 en interaction avec la présence d'un événement de vie qui menace ou empêche cet objectif ou préoccupation conduira à une plus grande vulnérabilité à la rechute. L'item six du DAS-24 (Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive) est un exemple d'un énoncé spécifique à l'auto-contrôle. On peut penser que pour ces individus, un événement qui est perçu comme incontrôlable activera la structure cognitive d'auto-contrôle et causera une rechute. Si un sentiment de perte de contrôle survient, plusieurs des activités qui étaient auparavant motivées par un objectif d'auto-contrôle peuvent être abandonnées ou poursuivies avec futilité.

## MÉTHODOLOGIE

### Devis de rémission

L'examen des éléments d'une théorie nécessite l'utilisation de procédures méthodologiques qui permettent de bien évaluer les relations entre les variables spécifiées dans la théorie. Or, les chercheurs qui ont examiné les facteurs cognitifs dans la prédiction de la vulnérabilité dépressive, ont utilisé une variété de devis de recherche. Entre autres, certains

chercheurs ont comparé un échantillon de personnes dépressives avec un échantillon de personnes qui avaient une humeur normale (étude transversale). Certains chercheurs ont plutôt utilisé un devis longitudinal afin d'examiner si la présence de certaines variables cognitives pouvaient rendre les personnes vulnérables à un épisode dépressif. Dans ce type de devis, les chercheurs évaluent certaines variables au sein d'une même cohorte d'individus à plusieurs reprises. Ce type de devis est particulièrement pertinent pour l'étude des facteurs distaux de la dépression (Ingram et al., 1998).

Le devis de rémission (remission design) est une autre méthode qui fournit de l'information importante sur la vulnérabilité cognitive. Plutôt que d'étudier certaines variables chez les individus qui souffrent présentement d'un état dépressif, ce type de devis examine les individus qui sont en rémission, c'est-à-dire, qui étaient dépressifs mais qui ne le sont plus.

Le devis de rémission est un concept qui peut être abordé comme étant un devis de recherche par soi-même ou encore il peut constituer une composante importante d'un autre devis de recherche (Ingram et al., 1998). Par exemple, le devis de rémission représente souvent une sous-catégorie des études transversales, où les individus qui étaient auparavant dépressifs et maintenant en rémission, sont comparés à des individus non dépressifs.

Ce devis constitue également un moyen de mesurer la rechute dépressive en étudiant une population à haut risque. En effet, le devis de rémission favorise la détection des variables prédictrices puisqu'en effectuant un suivi des individus qui ont déjà vécu un épisode dépressif, il

est possible d'anticiper que parmi ces personnes, un bon nombre d'entre elles vivront une rechute dépressive.

Le devis de rémission comporte aussi certaines limites. Ingram et al. (1998) ont d'ailleurs discuté une des limites qui réside dans l'interprétation des données obtenues pour l'acceptation d'une hypothèse nulle. Par exemple, certains chercheurs, incapables de détecter la présence de structures cognitives lorsque les personnes étaient en rémission, ont tout simplement interprété les résultats en soulignant que les structures cognitives n'étaient pas des facteurs qui causent la dépression. Or, ce type de devis peut conduire à l'acceptation de l'hypothèse nulle pour une variété de raisons. Pour ce qui est du modèle de diathèse du stress, il n'est pas nécessaire que la présence des structures cognitives persiste durant la rémission d'un épisode. D'ailleurs comme nous l'avons vu plus haut, d'un point de vue théorique, le modèle de diathèse du stress conçoit les événements de vie comme étant les éléments activateurs des structures cognitives latentes.

Selon Ingram et al. (1998), le devis d'amorçage (Priming design) est le devis qui permet une meilleure compréhension de la complexité du modèle de diathèse du stress. Le devis d'amorçage peut être vu comme étant une sous-catégorie du devis de rémission. Dans ce type de devis, les individus sont exposés à un stimulus expérimental afin d'examiner l'impact de ce dernier sur des variables cognitives. Plusieurs raisons, surtout d'ordre éthique, ont empêché l'utilisation d'un devis d'amorçage. Parmi ces limites, l'induction d'une humeur dépressive chez

des gens qui sont à risque de vivre une dépression, et qui en plus, ont déjà vécu un épisode dépressif, constitue un problème éthique sérieux. De plus, le manque de mobilité physique des personnes âgées ne permet pas de tester le modèle de diathèse du stress en laboratoire. Ainsi, le devis de rémission semble le plus approprié, tant d'un point de vue méthodologique qu'éthique.

Dans la présente étude, ce devis a été utilisé afin d'examiner la stabilité des variables cognitives ainsi que les facteurs reliés à la rechute. Afin d'être inclus dans la présente étude, les individus devaient d'abord ne pas rencontrer les critères de dépression majeure du DSM-IV. Les participant(e)s qui remplissaient les critères d'admission étaient alors inclu(e)s dans une analyse longitudinale (jusqu'à la rechute dépressive ou jusqu'à un maximum de 6 mois).

#### Participant(e)s

La sélection des participants a été conduite à partir de listes de patient(e)s âgé(e)s de 60 ans et plus, qui recevaient des services au CHSLD de Hull ou au Centre Hospitalier Pierre Janet. Le CHSLD de Hull offre des services de soins externes ou de longue durée aux personnes âgées de l'Ouest du Québec. Le service de psychogériatrie du Centre Hospitalier Pierre Janet offre des services externes aux personnes âgées de l'Ouest du Québec.

Les infirmières et psychiatres ont identifié 57 personnes qui répondaient aux critères de l'étude. Toutefois, certains critères d'exclusion étaient appliqués, entre autres, un diagnostic de démence posé avant l'admission dans l'étude, la présence de troubles organiques et de problèmes d'assuétude à l'alcool ou aux drogues. Sur la base de ces critères, quatorze personnes ont été

exclues de l'étude lors de la première entrevue étant donné que le score total obtenu au 3MS indiquait la présence de troubles organiques (voir les informations de la partie "Trouble cognitif"). De plus, deux participantes se sont retirées de l'étude environ deux mois après la première entrevue. Ces deux participantes ont déclaré ne pas avoir l'énergie nécessaire pour répondre aux questionnaires. L'échantillon final était donc composé de 41 participants âgés, dont 31 femmes (75% des participants), qui ont souffert de dépression majeure au cours des derniers six mois mais qui étaient en rémission lors de leur admission dans l'étude.

Les données démographiques de l'échantillon se retrouvent au Tableau 1. Ce tableau est présenté dans la section des résultats puisqu'il inclut des moyennes, des chi-carrés et des coefficients d'association.

### Instruments de mesure

#### Fiche signalétique

La fiche signalétique comprend quatre sections. La section A de la fiche signalétique a permis de recueillir des informations personnelles telles que l'âge, la scolarité, le revenu, le statut occupationnel et le logement. La section B du questionnaire a mesuré la santé physique subjective. Les participant(e)s devaient répondre à trois questions tirées du "OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire And Services Supplement (Pfeiffer, 1978)". La section C de la fiche signalétique comportait quelques items qui concernaient la médication. Finalement, la section D du questionnaire a évalué les ressources sociales à l'aide de

quatre questions tirées du questionnaire "O.A.R.S".

### Trouble cognitif

Afin d'éliminer la présence de troubles cognitifs relatifs à un syndrome organique démentiel, une version française validée du Modified Mini-Mental State (3MS) de Teng et Chui (1987) a été administrée afin d'exclure les sujets qui souffraient d'un syndrome organique démentiel. Cette échelle est une version améliorée du Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein et McHugh (1975). Elle comprend quinze items et s'administre en 10 ou 15 minutes.

Une étude de Cappeliez et al. (1996) a permis d'examiner les propriétés psychométriques de la version française du 3MS auprès d'une population psychogériatrique francophone. Les données obtenues dans cette étude confirment la fidélité et la validité de cet instrument. En effet, les chercheurs rapportent que le coefficient de corrélation pour la fidélité test-retest est de .87 et que le coefficient alpha de Cronbach pour la cohérence interne est de .81.

Teng et Chui (1987) ont proposé qu'un score de 80 et plus indique une absence de déficit cognitif alors qu'un score de 79 et moins suggère la présence de déficits cognitifs indicateurs d'un processus démentiel. Dans la présente recherche, nous avons adopté les seuils proposés par Cappeliez et al. (1996). En effet, ces auteurs ont suggéré que les points de démarcation soient ajustés en fonction des niveaux d'éducation des sujets. Une telle procédure permet de réduire le nombre de faux positifs. Ainsi, les seuils étaient de 79-80 pour les sujets qui avaient un niveau de

scolarité supérieur ou égal à huit ans alors qu'ils étaient de 71-72 pour les sujets qui avaient un niveau de scolarité inférieur ou égal à sept ans.

### Diagnostic de dépression.

Le diagnostic de dépression a été établi à l'aide d'un questionnaire semi-structuré "The Structured Clinical Interview for DSM-IV" (SCID). Le SCID qui s'applique au DSM-III-R a été développé par Spitzer, Williams et Gibbon (1992) et cette version a été traduite en français par les membres du laboratoire de psychogénétique moléculaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval (Barden, 1988). Récemment, les chercheurs du département de recherche biométrique de New York (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) ont rédigé une version modifiée du SCID afin qu'il puisse s'appliquer au DSM-IV. Comme seulement quelques items de la troisième version révisée du SCID devaient être modifiés pour les adapter à la version IV du DSM, nous avons fait les corrections nécessaires, en français, pour qu'il s'applique à la quatrième version du DSM

Il existe trois principales versions du SCID pour l'évaluation de l'axe 1 et une quatrième pour l'évaluation de l'axe 2 du DSM-IV. Les trois versions qui permettent d'obtenir un diagnostic sur l'axe 1 contiennent 8 ou 9 modules qui évaluent des désordres indépendants tels que la dépression, l'anxiété, etc. Seul le module de la dépression de la version patient (SCID-OP) a été utilisé dans la présente étude puisqu'il n'est pas nécessaire de mesurer toutes ces variables pour l'évaluation des hypothèses de recherche.

L'administration semi-structurée permet d'obtenir des informations sur le développement et l'histoire du désordre en plus d'évaluer deux périodes de temps soit les manifestations cliniques au cours du dernier mois (actuel) et la récurrence de l'épisode (passé).

Une étude de Williams et al. (1992) a permis de vérifier la fidélité du SCID à l'aide de la méthode test-retest. Dans ce projet de recherche, qui était divisé en quatre phases distinctes, 592 individus ont été interviewés. Williams et al. (1992) ont calculé les indices de fidélité à l'aide du test de Kappa. Ce test statistique est une estimation plus sophistiquée de la fidélité puisqu'il inclut le calcul du niveau d'accord dû au hasard (Bartko & Carpenter, 1976). Les résultats indiquent que la valeur  $k$  est de .61 pour l'ensemble des diagnostics actuels et de .68 pour les diagnostics passés. Pour ce qui est de la dépression majeure, la valeur  $k$  est de .64 (actuel) et de .69 (passé), ce qui est similaire aux indices de fidélité obtenus pour le SADS et le RDC. Une valeur  $k$  qui se range entre .50 et .70 indique un bon niveau d'accord entre les interviewers (Williams et al., 1992).

Plus de cent études publiées ont utilisé le SCID pour sélectionner ou décrire l'échantillon de l'étude (Williams et al., 1992). Certaines caractéristiques du SCID font en sorte qu'il est l'instrument choisi dans plusieurs travaux. Entre autres, les cliniciens et chercheurs apprécient que les critères apparaissent sur les pages du SCID tout au long de l'interview puisqu'ils peuvent établir un diagnostic avec la progression de l'entrevue (Spitzer et al., 1992).

### La symptomatologie dépressive.

L'Échelle de dépression gériatrique (Bourque, Blanchard, & Vézina, 1988), qui est une version validée du Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983), a été utilisée comme mesure d'intensité des symptômes dépressifs. L'échelle a été validée auprès de 643 personnes âgées francophones du Nouveau-Brunswick et du Québec. Elle contient 30 items qui mesurent la dépression gériatrique. C'est une échelle d'auto-évaluation facile à administrer et exempte d'items somatiques. Le sujet doit simplement répondre si l'item correspond "oui" ou "non" à ce qu'il vivait au cours de la dernière semaine.

Les coefficients de fidélité obtenus par la formule 20 du Kuder-Richardson, la méthode des deux moitiés et la méthode du test-retest varient entre .70 et .89, ce qui suggère que c'est un instrument fidèle pour mesurer la dépression gériatrique. Cette échelle démontre également une bonne validité congruente et factorielle. En effet, les indices de corrélation pour la validité concurrente entre l'Échelle de dépression gériatrique et l'Inventaire de dépression de Beck sont de .63 et .76. (Bourque et al., 1988). Une analyse factorielle suggère aussi que l'échelle est unidimensionnelle et que les items sont bien saturés sur ce facteur. Selon Yesavage et al. (1983), les critères symptomatologiques sont les suivants: absence de dépression si le score est de 0 à 10, état de dépression mineure si le score varie entre 11 et 20 et la présence d'un état dépressif modéré ou grave si le score est supérieur à 21 (soit entre 21 et 30). Si cet instrument ne permet pas de poser un diagnostic, une indication peut être obtenue pour un score au-dessus d'un seuil

critique. Nous avons adopté le seuil critique, pour la dépression majeure, de 15 suggéré par l'étude de Vézina, Laprise, Gourgue, Parenteau et Fréchette (1992). Ces chercheurs ont rapporté que: "en utilisant un score critique de 15, l'EDG atteint une sensibilité de 100% alors que sa spécificité est de 84.9% avec un taux de précision obtenu de 90%" (p: 19). Ce seuil critique sera donc adopté dans la présente recherche puisqu'il permet d'obtenir les meilleurs résultats de sensibilité et de spécificité.

L'évaluation de la dépression dans la présente étude a été faite à l'aide de deux méthodes différentes ce qui fait suite à une recommandation souvent formulée dans la littérature (Tennen, Hall, & Affleck, 1995). Ainsi, Kendall et ses collègues (Kendall, Hollon, Beck, Hammen, & Ingram, 1987; Kendall & Ingram, 1989) ont recommandé l'ajout d'une entrevue structurée à la passation d'un questionnaire. Une telle procédure permet de contrer un des problèmes méthodologiques des études sur la dépression, c'est-à-dire, la modeste concordance entre les méthodes d'entrevues structurées et les questionnaires d'auto-évaluation pour l'établissement d'un diagnostic (Breslau, 1985). Les questionnaires qui évaluent la symptomatologie dépressive démontrent en effet une haute sensibilité mais une faible spécificité pour le diagnostic (Tennen et al., 1995).

#### Structures dépressogènes.

Les structures cognitives ont été mesurées à l'aide de l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles de 24 items. Cet inventaire d'auto-évaluation est le plus couramment utilisé

pour mesurer les structures dépressogènes selon le modèle cognitif de la dépression de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck, 1984).

Le DAS a été développé par Weissman et Beck (1978) et il était initialement composé de 100 items. Par la suite, des analyses factorielles ont amené les auteurs à construire deux formes parallèles de 40 items (A & B). Des études ont démontré que deux regroupements de la personnalité peuvent être dérivés du DAS. Par exemple, une étude factorielle du DAS auprès de 664 étudiants de premier cycle universitaire a été conduite par Cane, Olinger, Gotlib et Kuiper (1986). Le premier regroupement a été nommé "Évaluation de la performance" (Performance Evaluation) et il correspond à approximativement 47% de la variance, alors que le deuxième facteur nommé "Approbation d'autrui" (Approval by others) ajoute 14% de plus à la variance. Toutefois, des analyses factorielles ultérieures ont suggéré que trois facteurs peuvent être dérivés de chacune des formes A & B (Power et al., 1994) soit l'accomplissement (préoccupations pour l'accomplissement et peur de l'échec), la dépendance (préoccupations pour la dépendance et l'approbation) et l'auto-contrôle (préoccupations pour l'auto-contrôle). De plus, contrairement aux études initiales, les résultats ont suggéré que les formes A et B n'étaient pas équivalentes. À partir de ces informations, Power et al. (1994) ont sélectionné 12 items qui provenaient des trois facteurs (ou sous-échelles) sur la base des analyses factorielles antérieures. Cette version à 36 items a été administrée auprès de 121 étudiants de premier cycle universitaire. La version finale comprenait les huit items (pour chaque facteur) qui obtenaient les meilleurs indices de

corrélation entre l'item et le total pour ce facteur (item-total).

Nous avons choisi cette nouvelle version parce que les analyses de consistance interne conduites par Power et al. (1994) indiquent un alpha de Cronbach acceptable pour les trois sous-échelles: .85 (accomplissement), .74 (dépendance), et .68 (auto-contrôle). Les indices d'intercorrélations de Pearson entre les échelles étaient également significatifs:  $r = .25$  pour l'échelle de dépendance et d'auto-contrôle,  $r = .57$  pour l'échelle d'accomplissement et de dépendance et de  $r = .51$  pour l'échelle de l'accomplissement et d'auto-contrôle. Cette nouvelle version du DAS-24 est également corrélée de façon significative avec la forme A du DAS ( $r = .90$ ) et la forme B du DAS ( $r = .84$ ), ce qui suggère que le DAS-24 inclut des items qui proviennent des deux formes A & B.

Lors de la passation du questionnaire, les sujets devaient répondre à une échelle en sept points, qui va de "complètement d'accord" à "complètement en désaccord". Trois items (17, 20 et 23) étaient cotés de 1 à 7 en partant de la gauche; tel que complètement d'accord = +1 .... complètement en désaccord = +7. Les autres items étaient cotés de 1 à 7 en partant de la droite; tel que complètement d'accord = +7 .... complètement en désaccord = +1. Le score total est obtenu par la sommation de tous les scores obtenus. Le score de chaque sous-échelle était la somme des scores obtenus aux énoncés suivants: échelle de dépendance (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23), accomplissement (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22) et auto-contrôle (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, et 24). Plus le score d'une sous-échelle était élevé et plus le ou la participant(e) présentait des attitudes

dysfonctionnelles qui correspondaient au contenu de cette échelle.

Il est important de noter que normalement les trois types d'attitudes dysfonctionnelles peuvent se retrouver chez une personne, à des degrés divers, avec un type qui prédomine (Perris, 1989) Pour cette raison, les données obtenues à l'aide des sous-échelles du DAS ont été considérées à titre de variables continues. Les participant(e)s n'étaient donc pas classés à partir d'un seuil dans l'une ou l'autre catégorie. Deux raisons justifient d'envisager les réponses selon un continuum. Premièrement, cette procédure évite une décision d'absence ou de présence de structures dépressogènes à partir de critères souvent arbitraires. De plus, cela évite d'avoir à exclure les participant(e)s qui démontrent une élévation sur les deux échelles, comme c'était le cas pour environ 40% de l'échantillon de l'étude de Segal et al. (1989).

#### Événements de vie.

Les événements de vie ont été évalués à l'aide d'une version modifiée du "Recent Life Change Questionnaire" de Rahe (1975). Cette liste contient 76 événements de vie et elle a d'abord été construite pour s'appliquer à une population adulte. French, Gekoski et Knox (1995) l'ont récemment modifiée afin qu'elle soit plus appropriée aux événements de vie vécus par une population âgée. Bien que French et al. (1995) n'aient pas rapporté les indices de fidélité pour cette version modifiée, ils ont mentionné les travaux de Neugebauer (1984) et de Raphael, Cloitre et Dohrenwend (1991) qui indiquent que les indices de fidélité test-retest pour les listes d'événements de vie similaire à celle-ci se rangent de  $r = 0.34$  à  $r = 0.67$ .

La liste des événements a été lue à voix haute et le sujet devait indiquer les événements qu'il avait vécus pendant les deux derniers mois. Toutefois, il était important d'aller au-delà d'une simple identification des événements. Des informations plus détaillées concernant l'impact de l'événement ont été demandées. La procédure utilisée s'apparente à celle adoptée par Shrout, Link, Dohrenwend, Skodol, Stueve et Mirotznik (1989) afin de caractériser les événements de vie négatifs (fateful loss events) reliés à l'apparition d'une dépression majeure. Les instructions suivantes étaient données:

1 - Pourriez-vous me décrire ce qui est arrivé et ce que vous avez fait?

2 - Est-ce que cet événement a eu un impact sur votre réseau social (conjoint(e), membres de la famille, amis ou connaissances)? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact sur votre réseau social?

Ne s'applique pas \_\_\_\_\_  
 Peu grave \_\_\_\_\_  
 Modérément grave \_\_\_\_\_  
 Extrêmement grave \_\_\_\_\_

3 - Est-ce que cet événement a apporté un changement sur votre autonomie fonctionnelle? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact sur votre autonomie fonctionnelle?

Ne s'applique pas \_\_\_\_\_  
 Peu grave \_\_\_\_\_  
 Modérément grave \_\_\_\_\_  
 Extrêmement grave \_\_\_\_\_

4 - Est-ce que cet événement a amené un changement dans votre sentiment d'être en contrôle de vos émotions? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact sur votre impression d'auto-contrôle?

Ne s'applique pas \_\_\_\_\_  
 Peu grave \_\_\_\_\_

Modérément grave \_\_\_\_\_  
 Extrêmement grave \_\_\_\_\_

Afin d'éviter un biais dans la passation de ces questions, l'ordre de présentation des trois questions 2, 3 et 4 changeait à tous les trois participants. Par exemple, pour le sujet no:4 de la présente étude, l'ordre de passation des questions était 1, 3, 4, et 2.

Trois autres questions ont également été posées aux participants. Ces questions concernaient les préoccupations de la vie quotidienne, c'est-à-dire les ennuis ou difficultés qui étaient apparues souvent au cours des derniers deux mois.

- 1- Est-ce que vos relations avec les autres (conjoint, membres de la famille, amis et connaissances) vous ont préoccupées souvent?
- 2- Est-ce que votre capacité d'accomplir des activités ou des projets vous a préoccupée souvent?
- 3- Votre sentiment d'être en contrôle de vos émotions vous a-t-il préoccupé souvent?

La procédure pour ces questions était la même que celle des événements de vie, c'est-à-dire que l'ordre de présentation des questions 2, 3 et 4 changeait à tous les trois participants. Les événements de vie ont aussi été classés selon la méthode que Segal et al. (1992) ont utilisée pour classer les événements de vie du PERI (Psychiatric Epidemiology Research Inventory).

Préalablement à l'étude, les événements de vie du questionnaire des changements de vie récents "Recent Life Change Questionnaire" ont été classés, par la chercheuse principale, selon leur nature dans l'une des trois catégories correspondant aux structures cognitives de dépendance, d'accomplissement ou d'auto-contrôle. Par exemple, la séparation du conjoint suite à une hospitalisation est un événement congruent avec le contenu des structures cognitives de

dépendance, tandis qu'un événement qui implique plus de responsabilité au travail est congruent avec le contenu des structures cognitives d'accomplissement.

Afin de vérifier la fidélité de cette procédure, une étudiante de niveau doctoral, qui n'était pas autrement impliquée dans la présente recherche, a fait le même exercice après avoir lu des informations pertinentes sur les structures cognitives à partir du texte de Beck (1983). Le niveau d'accord entre les deux évaluatrices a été calculé à l'aide du test de Kappa. Le test de Kappa indique que la valeur  $k$  est de .78, ce qui indique un bon niveau d'accord entre les évaluateurs (Williams et al., 1992). Ce test statistique est une estimation plus sophistiquée du niveau de concordance entre deux évaluateurs puisqu'il inclut le calcul du niveau d'accord dû au hasard (Bartko & Carpenter, 1976). Pour ce qui est des 10 items qui n'avaient pas fait l'objet d'un accord entre les deux évaluatrices, ces items ont été discutés afin d'arriver à une entente sur le classement.

### Procédure

Les psychiatres et les infirmières du CHSLD de Hull et du Centre Hospitalier Pierre Janet ont d'abord dressé une liste des personnes qui avaient reçu un diagnostic de dépression majeure et qui répondaient aux critères de l'étude mentionnés ci-dessous. Afin de préserver la confidentialité, la chercheuse principale n'avait pas accès à cette liste et ce sont les psychiatres ou les infirmières qui discutaient d'abord du projet de recherche avec les personnes qui répondaient aux critères d'admission. Par la suite, la chercheuse principale a contacté par téléphone les

personnes intéressées à participer au projet de recherche. Lors de cet entretien téléphonique, l'objectif de l'étude a été expliqué et les participant(e)s ont été informé(e)s de la tâche qui consistait à répondre à des questionnaires.

La passation des questionnaires s'est déroulée au domicile des participants. La confidentialité des réponses fournies était spécifiée et un formulaire de consentement a été présenté et signé.

Afin de s'assurer que les sujets avaient bien vécu un épisode dépressif majeur au cours des derniers six mois, le module des "Troubles de l'Humeur passés" du SCID était d'abord administré. Les sujets qui ne remplissaient pas les critères du SCID pour un épisode dépressif passé ne pouvaient pas participer à l'étude.

Pendant la deuxième étape, la chercheuse administrait le module des "Troubles de l'Humeur Actuels" du SCID, l'Échelle de dépression gériatrique, le 3MS, la fiche signalétique et le DAS-24. Tous les participants admis dans l'étude ont donc complété les évaluations dans l'ordre suivant:

- 1) SCID (Deux modules des Troubles de l'humeur)
- 2) EDG
- 3) Fiche signalétique
- 4) 3MS
- 5) DAS-24

Les consignes et les items de chaque questionnaire étaient lus à haute voix par la chercheuse et le ou la participant(e) avait également une copie écrite des questionnaires. Le ou la

participant(e) indiquait verbalement la réponse.

Après avoir complété cette première série d'évaluation, les sujets étaient évalués à cinq reprises (1, 2, 3, 4 et 5 mois après l'admission dans l'étude) lors d'une entrevue téléphonique. À ce moment, les symptômes dépressifs étaient évalués à l'aide de l'Échelle de Dépression Gériatrique. Si le score à l'EDG était inférieur à 15, l'évaluation téléphonique était terminée et les participants étaient rappelés un mois plus tard. Par contre, si le score à l'EDG était égal ou supérieur à 15, ils étaient vus à leur domicile pour une évaluation plus complète de la rechute. Le module "Troubles de l'humeur actuels" du SCID était d'abord administré afin de confirmer la rechute de l'épisode dépressif. Si les résultats du SCID indiquaient que le sujet n'était pas en rechute (et ce, malgré que le score à l'EDG était égal ou supérieur à 15), la passation des questionnaires s'arrêtait là et la personne était réévaluée par téléphone un mois plus tard. Sinon, les autres questionnaires étaient administrés soit l'EDG, le DAS-24, la version modifiée du Questionnaire des Changements de vie récents (QCVR) et les sections 2, 3 et 4 (santé physique, soutien social et médicaments) de la fiche signalétique. La passation des questionnaires était faite au domicile des participants dans l'ordre suivant:

- 1) SCID (module des Troubles de l'Humeur Actuels)
- 2) EDG
- 3) Sections 2, 3 et 4 de la fiche signalétique
- 4) DAS-24
- 5) QCVR (Questionnaire des changements de vie récents)

Pour ce qui est des sujets qui n'avaient pas vécu de rechute telle que mesurée par les

évaluations téléphoniques pendant la période de 6 mois, ils étaient réévalués à six mois à leur domicile à l'aide du DAS-24, du QCVR et du GDS ainsi que les trois sections 2, 3 et 4 (santé physique, soutien social et médicaments) de la fiche signalétique.

La passation des questionnaires était faite dans l'ordre suivant:

- 1) SCID (module des Troubles de l'Humeur Actuels)
- 2) EDG
- 3) Sections 2, 3 et 4 de la fiche signalétique
- 4) DAS-24
- 5) QCVR (Questionnaire des changements de vie récents)

Lorsque les participants étaient en rechute et qu'ils avaient répondu aux questionnaires de la deuxième entrevue à domicile, peu importe le moment où la rechute survenait, leur participation à l'étude était terminée. Par exemple, si deux mois après l'admission dans l'étude, un participant obtenait un score supérieur à 15 au EDG, il était revu à son domicile pour répondre aux questionnaires suivants: SCID, EDG, Sections 2, 3 et 4 de la fiche signalétique, DAS-24 et QCVR. La passation des questionnaires pour ce sujet était terminée et il n'était pas revu ni contacté par téléphone dans le cadre de cette recherche.

### Analyses statistiques

Les recherches qui portent sur la rechute dépressive et qui impliquent un suivi longitudinal comportent normalement de petits échantillons. Par exemple, Segal et al. (1992) ont utilisé une méthode similaire dans l'étude de la rechute dépressive pour une population adulte et l'échantillon comportait 40 participant(e)s. La présence de petits échantillons, dans l'étude de la dépression, n'est pas surprenante lorsque l'on considère les diverses embûches reliées à ce type d'études telles que le problème d'attrition et le recrutement des sujets. Dans le présent projet, les critères d'exclusion et d'admission dans l'étude sont des facteurs qui ont restreint le nombre de personnes qui pouvaient participer à l'étude. Compte tenu du nombre assez restreint de participants ( $N = 41$ ), une analyse de puissance a été faite afin de calculer le nombre de variables à inclure dans le calcul de la régression logistique.

Il faut toutefois préciser que l'effet de taille a été calculé à partir d'une formule qui s'applique aux corrélations multiples puisqu'à notre connaissance, Cohen (1988) n'a pas fourni de formules qui s'appliquent spécifiquement à l'analyse de régression logistique. De plus, une estimation des paramètres requis par la formule provient d'un article de Segal et al. (1992). Parmi les recherches sur la dépression, celle de Segal et al. (1992) est la plus similaire sur le plan statistique et méthodologique. En effectuant les analyses avec un niveau alpha de .05, nous pouvons nous attendre à un effet de taille *large*, puisque  $f^2 = .42$ . Un effet de taille large signifie que nous avons plus de chance de détecter une différence significative. Sur la base de ces données et en considérant le nombre de participants (41 participants), nous ne pouvons inclure que quatre variables indépendantes dans l'analyse de la signification du  $R^2$  pour une puissance de

.80. En conséquence, nous avons sélectionné les variables les plus importantes selon le modèle de diathèse du stress.

### La régression logistique multiple

La régression logistique est une méthode qui permet de vérifier la relation entre une ou des variable(s) indépendante(s) de nature continue ou catégorielle et une variable dépendante lorsque la variable que l'on essaie de prédire (variable dépendante) est de nature dichotomique. Depuis quelques années, la régression logistique est devenue la méthode standard dans l'analyse de la relation entre des variables lorsque la variable dépendante est dichotomique (Hosmer & Lemeshow, 1989).

L'objectif de cette méthode d'analyse est similaire aux autres méthodes statistiques: trouver le meilleur modèle qui permet de prédire la relation entre une variable dépendante et une ou des variable(s) indépendante(s) tout en minimisant le nombre de paramètres. Dans la régression logistique, les prédicteurs peuvent être des valeurs continues, discrètes ou dichotomiques et ces prédicteurs n'ont pas à suivre une distribution normale ou linéaire ou avoir une variance égale dans chacun des groupes (Tabachnick & Fidell, 1996). La régression logistique analyse la probabilité d'obtenir un certain résultat pour chaque cas. Par exemple, dans la présente recherche, ce type d'analyse essaie d'évaluer la probabilité qu'une personne vive une rechute étant donné le patron de réponses données aux structures cognitives et aux événements de vie.

Les analyses statistiques ont été conduites à l'aide de SPSS 6.1 pour Windows, ce logiciel étant le plus flexible quant aux procédures qui permettent de contrôler l'entrée des prédicteurs dans le modèle (Tabachnick & Fidell, 1996).

### Postulats requis pour la régression logistique multiple

Les données ont été examinées afin de déceler la présence de valeurs manquantes ou d'erreurs lors de l'entrée de données. Par la suite, les diverses étapes du "screening" des données ont indiqué qu'une des variables prédictrices ne suivait pas une distribution normale. Quoique la régression logistique n'exige pas une distribution normale et linéaire des prédicteurs (Tabachnick & Fidell, 1996), nous avons transformé cette variable prédictrice afin d'améliorer la normalité, la linéarité et l'homoscédasticité de cette variable. Ainsi, les valeurs obtenues pour l'impact de l'événement sur l'auto-contrôle (skewness = 3.81) ont été transformées afin d'obtenir une distribution plus symétrique de cette variable (skewness = 1.88).

Quoique l'analyse de régression logistique adopte les mêmes principes généraux que ceux utilisés dans l'analyse de régression linéaire, le choix des paramètres et des conditions est différent. La procédure qui permet d'estimer les coefficients est la méthode "Maximum Likelihood". Cette méthode permet de sélectionner les coefficients qui rendent les résultats observés plus probables. L'objectif est alors de trouver la meilleure combinaison de prédicteurs afin de maximiser la probabilité d'obtenir les fréquences observées. De plus, la probabilité des valeurs observées selon les paramètres estimés est nommée "likelihood". Toutefois, les chercheurs utilisent -2 fois le log de la probabilité puisque la probabilité est un chiffre qui a une valeur plus petite que 1.

Le logiciel SPSS pour Windows a aussi permis de vérifier l'existence de valeurs extrêmes multivariées (Multivariate outliers) à travers la régression linéaire. Cette procédure indiquait qu'il n'y avait aucune valeur extrême multivariée puisque la distance Mahalanobis pour chaque cas n'excédait pas la valeur de 20.515 à  $p = .001$ .

De plus, l'utilisation de la régression logistique suppose l'indépendance des variables prédictives. En effet, lorsque les variables prédictives ne sont pas indépendantes (multicolinéarité), les coefficients peuvent être estimés incorrectement (Hair, Anderson, & Tatham, 1987). Dans la présente étude, la présence de multicolinéarité a été vérifiée à l'aide du facteur d'inflation de la variance des prédictifs (Variance inflation factor). La valeur de l'indice pour chaque variable prédictive variait de 1.05 à 2.01. Il semble que les variables prédictives n'étaient pas corrélées entre elles au point d'empêcher l'utilisation de la régression logistique puisque, selon Myers (1990), il y a présence de multicolinéarité lorsque la valeur du facteur d'inflation de la variance est supérieure à 10.

Avant de débiter les analyses de régression logistique, les variables prédictives multi-catégoriques à plus d'une modalité ont été recodées en une série de variables "dummy" ou "indicatrices". Cette façon de coder les variables multi-catégoriques est la plus simple à utiliser (Pedhazur, 1982). Pour ces variables à  $k$  modalités, nous avons créé  $k - 1$  nouvelles variables qui prennent les valeurs 0 ou 1. Cette façon de recoder les variables s'applique bien aux variables à classes telles que le type d'événement vécu. En effet, les événements étaient classés selon les catégories (0=dépendance, 1=accomplissement, 2=auto-contrôle), un codage qui n'indiquait pas une progression. Le recodage a permis d'obtenir une combinaison linéaire selon une échelle plus adaptée aux données (Tomassone, Lesquoy, & Millier, 1983).

### Les modèles de régression

La régression logistique permet de comparer différents modèles. Par exemple, un modèle peut n'inclure que les variables prédictives alors qu'un autre modèle peut inclure les variables prédictives et les interactions entre ces variables. Il existe alors plusieurs comparaisons

possibles. Le modèle de régression logistique le plus complexe (“best”-fitting) est un modèle qui inclut, entre autres, l’interaction entre les variables.

La décision d’inclure l’effet d’interaction entre les variables se fait de la même manière que la sélection des variables individuelles (Tabachnick & Fidell, 1996). Puisque l’intérêt principal de la présente étude était de vérifier l’interaction entre ces variables, tous les modèles de régression de la présente recherche incluaient l’interaction entre les variables indépendantes.

### Évaluation du modèle

Il existe différentes façons d’évaluer si un modèle convient aux données. Entre autres, la table de classification, l’histogramme des probabilités estimées et la statistique “Goodness-of-fit” peuvent être utilisées. Ces trois types d’évaluation sont discutés dans les paragraphes qui suivent.

SPSS for Windows fournit d’abord une table de classification qui permet de connaître le nombre de cas correctement prédit et le nombre de cas incorrectement classifiés. Toutefois, cette table de classification ne fournit pas la distribution des probabilités estimées. Il est alors souhaité d’utiliser une autre méthode d’évaluation du modèle de régression.

Dans l’analyse d’un modèle, SPSS pour Windows nous fournit la probabilité des logs (Log-likelihood) pour deux modèles soit le modèle qui ne contient que la constante et le modèle entier qui contient l’ensemble des prédicteurs. Le test de la différence entre les deux modèles est basé sur la statistique G “Goodness-of-fit” qui se distribue selon un chi-carré avec p degré de liberté. En fait, les chercheurs espèrent que la différence entre le modèle qui ne contient que la constante et le modèle entier sera significative à un niveau alpha choisi, ce qui indiquera que l’hypothèse nulle peut être rejetée.

La deuxième étape dans l’interprétation du ou des coefficient(s) significatif(s) est d’analyser les résultats obtenus au test de Wald (Univariate Wald Test Statistics). Il existe une

controverse entourant l'utilisation de ce test. En effet, Norusis (1993b) a mentionné que ce test comporte des propriétés indésirables. À ce sujet, Hauck et Donner (1977) ont suggéré que la décision de rajouter ou d'enlever une variable soit prise selon un changement dans la probabilité des log (log likelihood). Toutefois, Hosmer et Lemeshow (1989) ont suggéré d'utiliser la valeur de cette statistique (Wald) lorsque les chercheurs veulent identifier la ou les variable(s) significative(s). Si le niveau alpha critique est fixé à .05, cela devrait correspondre à une valeur approximative de 2 (Hosmer & Lemeshow, 1989).

## RÉSULTATS

Parmi les 41 participants, 16 personnes (39%) ont vécu une rechute alors que 25 personnes (61%) étaient toujours en rémission lors de l'entrevue finale. Le pourcentage de rechute (39%) n'est pas surprenant puisque l'on pouvait estimer qu'il varierait de 20% à 50% selon les recherches antérieures. En effet, la majorité des études au sein d'une population âgée ont rapporté un pourcentage de rechute d'environ 20% alors que Segal et al. (1992), qui ont utilisé une méthodologie semblable à la présente recherche au sein d'une population adulte, ont mentionné un taux de rechute de 50.8%.

La moyenne et l'écart-type de chaque variable démographique sont présentés au Tableau 1. Puisque notre intérêt théorique était d'identifier les variables qui prédisent la rechute, ce tableau distingue les individus en rémission et ceux en rechute et il contient également une mesure du degré d'association entre ces variables et la rechute. La mesure du degré d'association choisie dépendait de la nature des variables démographiques. Entre autres, l'association entre les variables continues (âge et nombre d'épisodes précédents) et la rechute (variable dichotomique) a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation point bisériale. L'association entre les variables catégorielles (scolarité et revenu) et la rechute a aussi été calculée à l'aide du coefficient de

corrélation point bisériale. Pour les variables démographiques dichotomiques, la mesure d'association était le coefficient Phi pour les variables à deux dimensions (genre) et le coefficient de Cramer's V pour les variables à plus de deux dimensions (statut marital, type de résidence et cohabitation). Ces mesures d'association sont basées sur la probabilité du chi-carré de Pearson. Quoique la statistique du chi-carré ne soit pas une mesure de l'association entre deux variables, ces coefficients (Phi et Cramer's V) sont une tentative de modifier la statistique du chi-carré.

Afin de contrôler l'erreur de type 1, l'approche de Bonferroni a été utilisée dans le calcul de la signification des huit coefficients d'association. Ainsi la valeur de  $p$  devait être inférieure à .006 ( $.05/8=.006$ ) afin d'être significative. Avec ce seuil de signification, aucune des variables démographiques n'était associée de façon significative avec la rechute dépressive.

Les variables démographiques ont aussi fait l'objet d'analyses supplémentaires. Entre autres, des analyses de chi-carré ont été conduites pour les variables démographiques catégorielles afin d'identifier s'il existait des différences significatives entre les participants en rémission et en rechute. Nous avons dû regrouper les catégories de ces variables à classes puisque certaines cellules contenaient moins de cinq fréquences attendues et qu'il est recommandé que toutes les fréquences attendues des différentes cellules soient d'au moins cinq (Norusis, 1993a). Les résultats de ces analyses sont décrits au Tableau 2 et ils indiquent qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les variables démographiques.

Pour ce qui est des variables démographiques continues (l'âge et le genre), des test  $t$  homogènes (Pooled variance) ont été produits. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau 3. Ces analyses ont indiqué que les deux groupes (rechute ou rémission) ne sont pas différents quant à l'âge et le genre.

Pour ce qui est du nombre d'épisodes dépressifs, cette variable a été reliée à la récurrence et la rechute d'un épisode dépressif dans plusieurs recherches précédentes. Afin de contrôler la possibilité que les résultats ultérieurs reflètent une différence entre les groupes au niveau du nombre d'épisodes dépressifs, Segal et al. (1992) ont inclus le nombre d'épisodes dépressifs dans la première étape des analyses de régressions multiples. Les résultats de leur étude ont indiqué que le nombre d'épisodes précédents expliquait une bonne partie de la variance dans chaque analyse. Toutefois, nous n'avons pas inclus cette variable dans les analyses de régression logistique, puisque le résultat d'un test t homogène (Pooled variance) a indiqué qu'il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes ( $t(39) = -.78, ns$ ). De plus, une analyse de corrélation point bisériale a permis de vérifier s'il existait une relation significative entre le nombre d'épisode dépressif et la rechute dépressive parmi les participants. Cette analyse a indiqué que la relation entre ces deux variables n'était pas significative ( $r_{pb}(41) = .12, ns$ ).

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des participants et coefficients d'association avec la rechute

Variables	Rechute (n=16)	Rémission (n=25)	Association <sup>a</sup>
Âge			
<u>M</u>	72.94	77.80	$r_{pb} = -.27$
<u>ET</u>	7.49	9.47	
Genre			
Femme	12	19	$\phi = .01$
Homme	4	6	
Statut marital			
Marié(e)	6	7	$\underline{v} = .16$
Veuf(ve)	6	15	
Célibataire	3	3	
Scolarité			
0 à 4 ans	5	9	$r_{pb} = -.15$
5 à 8 ans	3	5	
Secondaire non complété	6	4	
Secondaire complété	2	3	
Post-secondaire	0	1	
Diplômes(université)	0	3	
Revenu			
Moins de \$9,999	7	6	$r_{pb} = -.05$
\$10,000 à 19,999	5	14	
\$20,000 à 29,999	3	5	
\$30,000 à 39,999	1	0	
Type de résidence			
Maison	2	7	$\underline{v} = .30$
Appartement	5	7	
Chambre	2	1	
Loyer modique	0	1	
Centre personnes âgées	7	9	
Cohabitation			
Conjoint(e)	3	7	$\underline{v} = .17$
Seul(e)	12	16	
Frère ou soeur	1	1	
Autres	0	1	
Nombre d'épisodes précédents			
<u>M</u>	1.68	1.52	$r_{pb} = .12$
<u>ET</u>	0.60	0.71	

<sup>a</sup> Coefficient d'association entre la variable et la rechute (0=rémission; rechute=1).

**Tableau 2**  
Analyses du chi-carré pour les variables sociodémographiques catégorielles

Variables	Chi-carrés de Pearson	dl	p
Statut marital Marié(e) Veuf(ve) ou célibataire	.40	1	.52
Scolarité 0 à 8 ans 9 ans et plus	.14	1	.71
Revenu Moins de 9,999 10,000 à 19,999 20.000 et plus	2.6	2	.27
Type de résidence Dans la communauté Centre d'hébergement	.58	1	.45
Cohabitation Conjoint(e) ou autre Seul(e)	.54	1	.46

**Tableau 3**  
Analyses de test t pour les variables sociodémographiques continues

Variables	t (homogènes)	dl	p
Âge	1.73	39	.09
Genre	-.07	39	.94
Nombre d'épisodes précédents	-.78	39	.44

### Variables reliées à la santé, la médication et le réseau social

Des analyses ont été exécutées afin d'évaluer l'association entre la rechute et les données reliées à la santé, la médication et le réseau social. Des analyses de corrélations point bisérialles ont été calculées entre la variable continue (nombre de consultation médicale) et la rechute. Des analyses de corrélations point bisérialles ont aussi été calculées entre les variables catégorielles (exemple: santé physique) et la rechute. Pour les variables dichotomiques, la mesure d'association était le coefficient Phi pour les variables à deux dimensions et le coefficient de Cramer's V pour les variables à plus de deux dimensions. Afin de contrôler l'erreur de type 1, l'approche de Bonferroni a été utilisée dans le calcul de la signification des dix indices d'association. Ainsi la valeur de  $p$  devait être inférieure à .005 ( $.05/10=.005$ ) afin d'être considérée comme significativement associée à la rechute dépressive. Les résultats de ces analyses ainsi que les moyennes et les écarts-types sont présentés aux Tableaux 4 et 5. Les résultats ont indiqué aucune association significative.

De plus, des analyses de chi-carré ont été réalisées sur les variables catégorielles afin d'identifier la présence de différences significatives entre les participants en rémission et en rechute. Comme pour les variables démographiques, nous avons dû regrouper les catégories de ces variables à classes puisque certaines cellules contenaient moins de cinq fréquences attendues et qu'il est recommandé que toutes les fréquences attendues des différentes cellules soit d'au moins cinq (Norusis, 1993a). Les résultats de ces analyses sont décrits au Tableau 6 et 7 et indiquent qu'il n'existait aucune différence significative entre les deux groupes pour ces variables à classes.

Tableau 4

Variables reliées à la santé physique et la médication et coefficients d'association avec la rechute

Variables <sup>a</sup>	Rechute ( <u>n</u> =16) <sup>b</sup>	Rémission ( <u>n</u> =25)	Association <sup>c</sup>
Santé physique			
Excellente	1	1	$r_{pb} = .11$
Bonne	4	10	
Passable	7	10	
Mauvaise	4	4	
Changement dans l'état de santé			
Meilleure	1	1	$r_{pb} = .07$
La même	3	8	
Pire	12	16	
Maladie physique qui empêche la réalisation d'activités			
Beaucoup	8	12	$r_{pb} = -.03$
Un peu	6	9	
Aucunement	2	4	
Prise de médicaments			
Oui	16	25	Non calculé <sup>d</sup>
Non	0	0	
Changement de la médication			
Aucun changement	14	25	$\phi = .28$
Avec changement	2	0	
Nombre de consultation médicale			
<u>M</u>	1.81	2	$r_{pb} = -.07$
<u>ET</u>	1.11	1.55	

<sup>a</sup> Pour les variables reliées à la santé physique, il s'agit du nombre de réponses pour chaque catégorie.

<sup>b</sup> Dans le fichier de données, la variable prédite porte les valeurs suivantes (rechute=1; rémission=0).

<sup>c</sup> Indice d'association entre la variable prédictrice et la rechute.

<sup>d</sup> L'indice d'association (coefficient Phi) n'a pas été calculé puisque tous les participants ont répondu «oui» à la question relative à la prise de médicaments.

Tableau 5

Variables reliées au réseau social et coefficients d'association avec la rechute

Variables <sup>a</sup>	Rechute ( $n = 16$ ) <sup>b</sup>	Rémission ( $n = 25$ )	Association <sup>c</sup>
<b>Conversation téléphonique</b>			
Une fois par jour	4	15	$\Gamma_{pb} = .29$
2 à 6 fois dernière semaine	8	7	
Une fois dernière semaine	1	1	
Pas du tout	3	2	
<b>Rencontres sociales</b>			
1 fois par jour ou plus	2	5	$\Gamma_{pb} = .13$
2 à 6 fois dernière semaine	9	16	
1 fois dernière semaine	5	3	
Aucune rencontre	0	1	
<b>Présence d'un confident(e)</b>			
Oui	11	22	$\phi = -.24$
Non	5	3	
<b>Présence d'un aidant</b>			
Oui	15	25	$\phi = -.19$
Non	1	0	
<b>Aidant (lien de parenté)</b>			
Conjoint(e)	3	1	$\underline{v} = .34$
Soeur ou frère	6	9	
Enfants	4	10	
Autres	2	5	
Aucune	1	0	

<sup>a</sup> Pour les variables reliées au réseau social, il s'agit du nombre de réponses pour chaque catégorie.

<sup>b</sup> Dans le fichier de données, la variable prédite porte les valeurs suivantes (rechute=1; rémission=0).

<sup>c</sup> Indice d'association entre la variable prédictrice et la rechute.

Pour ce qui est de la variable continue (nombre de consultations médicales), un test t homogène (Pooled variance) a été exécuté. Les résultats de cette analyse, présentés au Tableau 6, indiquent qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $t(39) = .42, ns$ ). Aucune analyse statistique n'a été effectuée pour la variable prise de médication puisque tous les participants ont répondu de façon affirmative à cette question. En général, ces résultats suggèrent qu'il n'était pas nécessaire d'inclure ces variables dans les analyses de régressions logistiques puisqu'aucune d'entre elles n'était significativement reliée à la rechute dépressive.

#### Tests statistiques multiples et probabilités des résultats

Afin d'examiner chacune des hypothèses de recherche, nous avons effectué plusieurs analyses statistiques sur une même série de données. Toutefois, une telle procédure ne permet pas de bien contrôler la probabilité de rejeter faussement une hypothèse nulle. Nous avons donc utilisé le "Bonferroni Inequality" afin de contrôler le niveau total. Le niveau  $\alpha$  a été calculé pour chacune des hypothèses séparément, et ce, en fonction du nombre d'analyses effectuées. En effet, Stevens (1992) a mentionné que "When testing at the  $\alpha = .05$  level,  $K\alpha$  ( $k = \text{number of tests}$ ) is okay for up to about 10 tests"(p. 8). Quoique la correction de Bonferroni permet de limiter la présence d'une erreur de type I, le recours fréquent à cette correction peut avoir limité la puissance statistique dans certaines des analyses. Afin de vérifier cette hypothèse, la puissance statistique du modèle complet pour chacune des analyses a été calculée. Cette information apparaît à la fin de chaque tableau.

#### Analyse préliminaire à l'hypothèse de congruence

Comme l'ont souligné Segal et al. (1992), étant donné que nous nous intéressons à la spécificité des événements de vie, il était important d'obtenir un point de comparaison qui permettait l'examen de certaines variables générales telles que les scores totaux au DAS-24, une

mesure des événements de vie sans inclure la spécificité du contenu ainsi que l'interaction entre ces deux variables. Ainsi, nous avons examiné un modèle qui contenait le score total au DAS-24, la moyenne de l'évaluation subjective de l'impact de l'événement ainsi que l'interaction de ces deux facteurs. Ces analyses ont indiqué qu'aucune de ces variables individuelles ni l'effet d'interaction n'était significatif. La statistique "Goodness-of-fit" a indiqué que le modèle final qui comprenait toutes les variables indépendantes et l'effet d'interaction n'était pas significatif ( $G = 9.09$ ). En effet, pour le modèle courant, la valeur de -2LL était de 8.86 alors que la valeur de -2LL pour le modèle qui ne contient que la constante, était de 54.84. Le chi-carré du test de « Goodness-of-fit » était de  $\chi^2 (3, N = 41) = 45.98, p > .05$ .

**Tableau 6****Analyses du chi-carré et Test t pour les variables reliées à la santé physique et la médication**

Variables	Chi-carrés de Pearson	dl	p
Santé physique Bonne Mauvaise	.05	1	.81
Changement de la santé (depuis 5 ans) Sans détérioration Avec détérioration	.54	1	.46
Maladie physique qui empêche réalisation d'activités Oui Non			.56 <sup>a</sup>
Changement de la médication Oui Non			.14 <sup>a</sup>
Nombre de consultations médicales	t (homogène) = .42	39	.68

<sup>a</sup> La probabilité rapportée provient du test Fisher. Étant donné que deux des cellules de fréquences attendues étaient inférieures à 5, il était préférable d'utiliser la probabilité exacte de Fisher dans l'examen de la différence entre les deux groupes.

Tableau 7

Analyses du chi-carré pour les variables reliées au réseau social

Variables	Chi-carrés de Pearson	dl	p
Conversation téléphonique			.28 <sup>a</sup>
Une fois par semaine ou moins			
Deux à 6 fois et plus			
Rencontres sociales			.22 <sup>a</sup>
Une fois par semaine ou moins			
Deux à 6 fois ou plus			
Présence d'un confident			.13 <sup>a</sup>
Oui			
Non			
Lien de parenté avec l'aidant	1.04	1	.31
Conjoint(e)			
Autres			

<sup>a</sup> La probabilité rapportée provient du test de Fisher. Étant donné que deux cellules de fréquences attendues étaient inférieures à 5, il était préférable d'utiliser la probabilité exacte de Fisher dans l'examen de la différence entre les deux groupes.

## Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de congruence

### 1. La dépendance

La combinaison d'un événement de vie de type interpersonnel survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé à l'échelle de dépendance du DAS-24 (manifestation du type dépendant), prédit une rechute dépressive.

#### A) Type d'événement

Le premier modèle de régression logistique comprenait le score à l'échelle de dépendance (temps 1), le type d'événement vécu et l'interaction entre les variables. Le type d'événements était classé selon la méthode de Segal et al. (1992) pour classer les événements de vie du PERI (Psychiatric Epidemiology Research Inventory). Dans cette méthode, les événements étaient classés selon les catégories (dépendance, accomplissement et auto-contrôle). Ainsi, les variables du modèle étaient introduites dans l'ordre suivant: 1=le score à l'échelle de dépendance, 2=le type d'événement (variables dummy 1 & 2) et 3=les deux interactions (dépendance et variable dummy 1, dépendance et variable dummy 2).

La statistique "Goodness-of-fit" a indiqué que le modèle final qui comprenait toutes les variables indépendantes n'était pas significatif ( $G = 37.194$ ). En effet, pour le modèle courant, la valeur de -2LL était de 49.06 alors que la valeur de -2LL, pour le modèle qui ne contenait que la constante, était de 54.84. De plus la différence entre le modèle -2LL qui contient la constante et le modèle -2LL du présent modèle (qui inclut toutes les variables sans la constante) a été comparée au modèle du chi-carré. Le modèle du chi-carré a permis de vérifier si l'hypothèse nulle (coefficients de toutes les variables du modèle présent) était égale à 0. Cette différence n'était pas significative à  $\chi^2(2, N = 41) = 6.49, p = .72$ . Les résultats de cette analyse sont

décrits au tableau 8. Le tableau inclut les coefficients B, la somme des carrés, le test de Wald (B/SC), le degré de liberté et la probabilité obtenue.

### B ) Impact de l'événement

Étant donné qu'il était important d'aller au-delà d'une simple identification des événements (tel qu'il a été fait dans le premier modèle), ce deuxième modèle comprenait l'impact subjectif de l'événement de vie sur le réseau social. Les variables étaient introduites dans l'ordre suivant: 1=le score à l'échelle de dépendance, 2=l'impact de l'événement sur le réseau social et 3=l'interaction entre les deux variables. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 9 et ils indiquent que ce modèle était significatif. En effet, le chi-carré du test "Goodness-of-fit" était de:  $\chi^2 (1, N = 41) = 9.69, p = .002$ , et démontrait une correspondance entre les fréquences observées et prédites lorsque toutes les variables indépendantes et l'effet d'interaction étaient inclus dans le modèle.

Lorsque l'on considère les variables individuelles du modèle, le test de Wald indiquait que l'interaction entre la dépendance et l'impact de l'événement de vie était le prédicteur significatif de la rechute (Wald = 5.15, p = .023) alors que les deux variables n'étaient pas significatives lorsqu'elles étaient introduites individuellement. L'inclusion de l'interaction dans le modèle semblait mieux décrire l'effet du score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur la rechute. De plus, on peut noter que le signe du coefficient estimé indiquait le type de relation qui existait entre l'interaction et la variable dépendante. Le signe du coefficient de l'interaction était positif, ce qui indiquait que l'interaction entre le score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur le réseau social était positif. Ainsi une valeur élevée

**Tableau 8**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 1 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et le type d'événement)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	df	p
1. Dépendance	.02	.03	.50	1	.48
2. Type d'événement <sup>b</sup>	8.14	30.21	.07	1	.79
3. Dépendance X Type d'événement	-.01	6.08	.00	1	1.00

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .07.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

<sup>b</sup> La variable « type d'événement » est une variable à classe (catégorie) qui a été transformée en une variable dummy.

**Tableau 9**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 1 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur le réseau social)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	df	p
1. Dépendance	.02	.03	.50	1	.48
2. Impact de l'événement sur le réseau social	1.22	.39	9.81	1	.002
3. Dépendance X Impact de l'événement sur le réseau social	.20	.08	5.69	1	.017*

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .97.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

\*p < .025.

sur l'échelle de dépendance et la présence d'un événement ayant un impact sur le réseau social étaient associées à une augmentation de la probabilité du log de la variable dépendante (rechute).

## 2. L'accomplissement

La combinaison d'un événement de vie qui empêche l'accomplissement d'objectifs ou l'atteinte de critères de manière autonome survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé à l'échelle d'accomplissement du DAS-24 (manifestation du type accomplissement), prédit une rechute dépressive.

### A) Type d'événement

Cette deuxième hypothèse a été examinée à l'aide de deux modèles de régression logistique. Comme pour la première hypothèse, le premier modèle de régression logistique incluait le score à l'échelle d'accomplissement (temps 1), le type d'événement catégorisé et l'effet d'interaction. Comme les catégories (dépendance, accomplissement et auto-contrôle) étaient des variables à classes, nous avons recodé ces catégories en variables dummy (k-1). L'ordre d'entrée des données était séquentiel soit: 1=le score à l'échelle d'accomplissement, 2=le type d'événement (variables dummy 1 & 2) et les deux interactions (accomplissement et variable dummy 1, accomplissement et variable dummy 2).

Les résultats de cette analyse de régression sont présentés au Tableau 10. Le chi-carré du test "Goodness-of-fit" ( $\chi^2(2, N = 41) = .147, p = .93$ ) démontrait qu'il n'y avait pas de correspondance entre les fréquences observées et prédites lorsque toutes les variables étaient incluses dans le modèle.

### B) Impact de l'événement

Comme pour la première hypothèse, le deuxième modèle a inclu le score à l'échelle de l'accomplissement ainsi que l'impact subjectif de l'événement de vie sur l'autonomie

fonctionnelle. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 11 et ils indiquaient que ce modèle n'était pas significatif lorsque le niveau alpha est fixé à .025. En effet, le chi-carré du test "Goodness-of-fit" était de  $\chi^2 (1, N = 41) = 3.79, p = .05$ . L'examen des variables individuelles indiquait également que l'interaction n'était pas significative (Wald = 2.65,  $p = .10$ ). De ces résultats, on pourrait conclure que ce modèle de congruence n'aidait pas à prédire la rechute. Il est à noter que ce n'était que de très peu que ce modèle n'était pas significatif ( $p = .05$ ).

### 3. Hypothèse additionnelle

La combinaison d'un événement de vie qui empêche le contrôle de soi ou qui prévient l'utilisation des techniques qui permettrait l'atteinte d'un objectif survenant au cours de la rémission de l'épisode dépressif et d'un score plus élevé au facteur d'auto-contrôle du DAS-24, prédit une rechute dépressive.

#### A) Type d'événement

Des analyses de régression logistique ont également permis d'examiner cette hypothèse exploratoire. Le premier modèle incluait le score à l'échelle d'auto-contrôle (temps 1), le type d'événement catégorisé et l'interaction entre ces deux variables. Ce type de classement crée une variable à classes que nous avons recodé en variables dummy (K-1). L'ordre d'entrée des données était séquentiel soit le score à l'échelle d'auto-contrôle, le type d'événement (variables dummy 1 & 2) et les deux interactions (auto-contrôle et variable dummy 1, auto-contrôle et variable dummy 2).

Le chi-carré du test "Goodness-of-fit" donnait le résultat suivant:  $\chi^2 (2, N = 41) = 4.20, p = .12$ . Cette statistique indique qu'il n'y avait pas de correspondance entre les fréquences observées et prédites lorsque toutes les variables étaient incluses dans le modèle. Les résultats

de l'analyse de régression sont présentés au Tableau 12.

### **B) Impact de l'événement**

Afin de vérifier cette hypothèse exploratoire, nous avons également inclus une question qui portait sur l'impact de l'événement sur l'auto-contrôle. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 13. La statistique obtenue du test "Goodness-of-fit" qui se distribue selon une distribution du chi-carré est de  $\chi^2(1, N = 41) = .20, p = .65$ , n'était pas significative.

**Tableau 10**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 2 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et le type d'événement)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.E.	Wald	df	p
1. Accomplissement	.03	.03	1.11	1	.29
2. Type d'événement <sup>b</sup>	8.11	30.18	.07	1	.78
3. Accomplissement X Type d'événement	.04	8.46	.00	1	.99

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .32.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

<sup>b</sup> La variable « type d'événement » est une variable à classe (catégorie) qui a été transformée en une variable dummy.

**Tableau 11**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse 2 (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.E.	Wald	df	p
1. Accomplissement	.03	.03	1.11	1	.29
2. Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	.93	.39	5.76	1	.26
3. Accomplissement X Impact de l'événement	.10	.06	2.65	1	.10

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .63.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

**Tableau 12**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse additionnelle (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et le type d'événement)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	dl	p
1. Auto-contrôle	-.02	.03	.23	1	.63
2. Type d'événement <sup>b</sup>	8.21	30.16	.07	1	.78
3. Auto-contrôle X Type d'événement	.10	3.31	.00	1	.97

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .59.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

<sup>b</sup> La variable « type d'événement » est une variable à classe (catégorie) qui a été transformée en une un variable dummy.

**Tableau 13**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse additionnelle (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et l'impact de l'événement sur l'auto-contrôle)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	dl	p
1. Auto-contrôle	-.02	.03	.23	1	.63
2. Impact de l'événement sur l'auto-contrôle	3.16	1.56	4.12	1	.04
3. Auto-contrôle X Impact de l'événement sur l'auto-contrôle	-.07	.15	.20	1	.65

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .48.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

### Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de non congruence

Nous avons conduit trois analyses de régressions logistiques pour tester l'hypothèse de non congruence. Cette procédure est similaire à celle rapportée par Hammen et al. (1989), Robins et Block (1988) et Segal et al. (1992). De même, la valeur de  $p$  devait être inférieure à .01 (.05/3 = .016) pour être considérée significative.

#### A) Dépendance et impact sur l'autonomie fonctionnelle

Le premier test de non congruence comprenait les variables prédictrices suivantes: le score à l'échelle de dépendance du DAS-24, l'impact subjectif de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle et l'interaction entre ces deux variables prédictrices. La statistique "Goodness-of-fit" a indiqué que le modèle de non congruence n'était pas significatif. En effet, le modèle du chi-carré a permis de vérifier si l'hypothèse nulle (coefficients de toutes les variables du modèle présent) était égale à 0. La différence n'était pas significative à  $\chi^2(1, N = 41) = .42, p = .51$ . Les résultats de cette analyse sont décrits au tableau 14.

#### B) Accomplissement et impact sur le réseau social

Dans le deuxième test de non congruence, les variables prédictrices étaient le score à l'échelle d'accomplissement du DAS-24, l'évaluation subjective de l'impact de l'événement sur le réseau social et l'interaction entre ces deux variables prédictrices. La statistique "Goodness-of-fit" a indiqué que le modèle de non congruence n'était pas significatif. En effet, le modèle du chi-carré a permis de vérifier si l'hypothèse nulle (coefficients de toutes les variables du modèle présent) était égale à 0. L'introduction de l'interaction n'augmentait pas significativement la prédiction du modèle puisque la valeur du chi-carré était de  $\chi^2(1, N = 41) = 4.28, p = .04$ . Toutefois, l'examen des variables individuelles indiquait que l'impact de l'événement sur le réseau social était significatif (Wald = 9.93,  $p = .001$ ), ce qui suggérait l'importance de cette

variable dans la compréhension de la rechute dépressive. On pouvait aussi remarquer que l'interaction entre les deux variables prédictrices tendait à être significative (Wald=3.02,  $p=.08$ ). Les résultats de cette analyse sont décrits au tableau 15.

### C) Auto-contrôle et impact sur le réseau social

Afin de vérifier l'hypothèse exploratoire, nous avons effectué un test de non congruence. Les variables prédictrices étaient le score à l'échelle d'auto-contrôle du DAS-24, l'évaluation subjective de l'impact de l'événement sur le réseau social et l'interaction entre ces deux variables prédictrices. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 16. Ce troisième modèle ne différait pas significativement du modèle qui ne contenait que la constante puisque la valeur du chi-carré était de  $\chi^2(1, N = 41) = 0.11, p = .91$ . Toutefois, l'examen des variables individuelles indiquait que l'impact de l'événement sur le réseau social était significatif (Wald = 9.73,  $p = .001$ ), ce qui suggérait l'importance de cette variable dans la compréhension de la rechute dépressive.

### Tracas de la vie quotidienne et rechute

Étant donné que l'objectif de la présente étude était d'examiner l'impact de l'adversité en interaction avec les structures dépressogènes, nous avons inclus, sur une base exploratoire, certaines questions concernant les préoccupations de la vie quotidienne, c'est-à-dire les ennuis ou les difficultés qui étaient apparus souvent au cours des derniers deux mois. Ces questions avaient été choisies en fonction des structures dysfonctionnelles mesurées soit les tracas reliés au réseau social, à l'autonomie fonctionnelle et à l'impression d'auto-contrôle. Des analyses de corrélation ont démontré qu'aucun de ces tracas n'était relié de façon significative à la rechute dépressive. En effet, les coefficients de corrélation étaient de  $r(41) = .13, ns$  pour les tracas sociaux,  $r(41) = .25, ns$  pour les tracas de l'autonomie fonctionnelle et  $r(41) = .26, ns$  pour les tracas reliés à

**l'impression d'auto-contrôle. Puisqu'aucune de ces corrélations n'était significative, les variables touchant les tracas quotidiens n'ont pas fait l'objet d'analyses plus détaillées.**

**Tableau 14**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	df	p
1. Dépendance	.02	.03	.50	1	.48
2. Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	.97	.38	6.44	1	.02
3. Dépendance X Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	.03	.04	.39	1	.53

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .65.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

**Tableau 15**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur le réseau social)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.C.	Wald	dl	p
1. Accomplissement	.03	.03	1.11	1	.29
2. Impact de l'événement sur le réseau social	1.25	.39	9.93	1	.001*
3. Accomplissement X Impact de l'événement sur le réseau social	.10	.06	3.02	1	.08

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de 1.00.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

\*p < .016.

**Tableau 16**

**Analyse de régression logistique pour l'hypothèse de non congruence (prédire la rechute à partir du score à l'échelle d'auto-contrôle et l'impact de l'événement sur le réseau social)**

Variables indépendantes	Coefficient B <sup>a</sup>	S.E.	Wald	df	p
1. Auto-contrôle	-.02	.03	.23	1	.63
2. Impact de l'événement sur le réseau social	1.40	.45	9.73	1	.001*
3. Auto-contrôle X Impact de l'événement sur le réseau social	.00	.04	.01	1	.91

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .98.

<sup>a</sup> Le coefficient B est le coefficient estimé et se rapporte à la prédiction du logit, basé sur la probabilité maximum plutôt que l'estimation du « least squares ».

\*p < .016.

### Prédiction de la symptomatologie dépressive au moment de la rechute

L'évaluation de la dépression dans la présente étude a été faite à l'aide de deux méthodes différentes soit une entrevue structurée et un questionnaire d'auto-évaluation. L'entrevue structurée du Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) a permis d'identifier si le ou la participant(e) était en rechute dépressive ou en rémission alors que la passation de l'Échelle de dépression gériatrique (EDG) a fourni une mesure de l'intensité des symptômes dépressifs. Afin de vérifier plus en détail les hypothèses de recherche, quelques analyses de régressions multiples ont été exécutées en considérant, cette fois-ci, le score total obtenu à l'Échelle de dépression gériatrique comme variable dépendante.

Chaque test a été fait à l'aide de la méthode séquentielle qui permet d'ajouter les prédicteurs à différentes étapes. Cette procédure a permis de déterminer l'augmentation de la prédiction du modèle lorsque les prédicteurs étaient ajoutés au modèle.

Afin de contrôler le risque d'erreur de type 1 (faussement rejeter une hypothèse nulle), nous n'avons fait que trois analyses de régressions multiples. Nous avons choisi les analyses en fonction des résultats des régressions logistiques. La première analyse comprenait le score à l'Échelle de dépendance et l'impact de l'événement sur le réseau social puisque les analyses de régressions logistiques ont indiqué que l'interaction entre ces deux prédicteurs était significative. Le deuxième modèle comprenait le score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle puisqu'une des analyses de régressions logistiques avait suggéré que l'interaction entre ces deux variables tendait à devenir significative. La troisième analyse visait à vérifier l'hypothèse de non congruence entre le score à l'échelle d'accomplissement et l'impact de l'événement sur le réseau social puisque parmi les analyses de

non congruence, seulement l'interaction entre le score à l'échelle d'accomplissement et l'impact sur le réseau social tendait à être significative.

Ainsi, nous avons effectué trois analyses de régressions multiples. Étant donné qu'une telle procédure ne permet pas de bien contrôler la probabilité de rejeter faussement une hypothèse nulle, nous avons utilisé le "Bonferroni Inequality" afin de contrôler le niveau total. Ainsi pour chaque hypothèse la valeur de  $p$  devait être inférieure à .016 ( $.05 / 3 = .016$ ) pour être considérée significative.

### Dépendance

Tel que démontré dans le Tableau 17, les variables prédictrices étaient dans l'ordre suivant: le score à l'échelle de dépendance du DAS-24 (étape 1), l'évaluation subjective de l'impact de l'événement (étape 2) et l'interaction entre ces deux variables (étape 3). Le score à l'échelle de dépendance du DAS-24 introduit à l'étape 1 n'était pas significatif ( $t = 1.28, p > .016$ ). De même, l'impact de l'événement sur le réseau social n'était pas significatif ( $t = 2.16, p > .016$ ). Lorsque l'interaction entre le score à l'échelle de dépendance et l'impact subjectif de l'événement était introduit dans le modèle, l'augmentation de la variance prédite était de 8%, une augmentation significative ( $t = 2.06, p = .046$ ). Toutefois, lorsque l'on applique la correction Bonferroni, l'effet d'interaction n'était plus significatif à  $p < .016$ . Ce résultat indiquait que la contribution unique de l'interaction dans l'explication de la symptomatologie n'était pas suffisante pour être significative. Le modèle final, qui contenait les deux variables et l'interaction expliquait suffisamment de variance ( $F [3, 37] = 3.74, p = .019$ ), alors que la contribution unique de l'interaction n'était pas significative.

En résumé, ces résultats sont similaires à ceux obtenus lors des analyses de régressions logistiques. Malgré le fait que l'interaction entre les deux variables prédites n'était pas significative, elle tendait à le devenir. L'augmentation du nombre de sujet pouvait probablement augmenter la puissance statistique nécessaire à la détection d'une interaction significative.

### Accomplissement

Ce modèle comprenait le score à l'échelle d'accomplissement du DAS-24 (étape 1), l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle (étape 2) et les interactions entre ces deux variables (étape 3). Le score à l'échelle d'accomplissement introduit à l'étape 1 n'était pas significatif ( $t = 1.21, p > .016$ ). De même, l'impact subjectif de l'événement de vie n'était pas significatif ( $t = 1.42, p > .016$ ). Les résultats sont présentés au Tableau 18. L'entrée de l'interaction dans le modèle augmentait significativement la variance expliquée ( $t = 3.02, p = .004$ ) avec une valeur de changement du  $R^2$  de .18 indiquant que 18% de la variance était expliqué par cette interaction. De même, le modèle final qui contenait les deux variables et l'interaction était significatif. Le  $R$  multiple pour l'équation entière était de .51 et le score  $F$  était significatif ( $F [3, 37] = 4.46, p < .016$ ). Ainsi, l'interaction entre l'accomplissement et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle était le prédicteur significatif de la symptomatologie alors que l'accomplissement et l'impact de l'événement n'étaient pas significatifs lorsqu'ils étaient introduits séparément.

### Prédiction de la symptomatologie dépressive selon l'hypothèse de non congruence

#### Accomplissement et impact sur le réseau social

Le score à l'échelle d'accomplissement du DAS-24 ( $t = 1.21, p > .016$ ) et l'évaluation subjective de l'impact de l'événement sur le réseau social ( $t = 2.24, p > .016$ ) n'étaient pas significatifs. Par contre, l'interaction entre ces deux variables était significative ( $t = 2.14, p =$

.04). De plus, l'entrée de l'interaction dans le modèle augmentait significativement la variance expliquée ( $F [3, 37] = 3.95, p = .01$ ) avec une valeur de changement du  $R^2$  de .09 indiquant que 9% de la variance était expliqué par cette variable.

Toutefois, lorsque l'on appliquait la correction de Bonferroni K ( $.05 / 3 = .016$ ), l'effet d'interaction de l'hypothèse de non congruence n'était plus significatif ( $B = .37, SE = 17., p = .04$ ). Ce résultat, présenté à la Table 19 indiquait que le modèle final, qui comprend les deux variables et l'interaction expliquait suffisamment de variance (24%) alors que la contribution unique de l'interaction dans l'explication de la rechute n'était pas suffisante pour être significative. Ces résultats sont similaires aux analyses de régressions logistiques et soulignent qu'aucune des hypothèses de non congruence n'était significative. Bien que cette hypothèse ne soit pas statistiquement significative, on peut y remarquer la présence d'une tendance significative, ce qui est contraire à l'anticipation théorique.

Tableau 17

Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse 1: Interaction entre l'échelle de dépendance du DAS-24 et l'impact de l'événement sur le réseau social

Modèle entier					
Variables indépendantes	<u>B</u>	<u>β</u>	<u>R</u> multiple	<u>R</u> <sup>2</sup>	<u>t</u>
1. Dépendance	.13	.20	.20	.04	1.28
2. Impact de l'événement sur le réseau social	3.81	.32	.38	.15	2.16
3. Dépendance X Impact de l'événement	.37	1.16	.48	.23	2.06

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .92.

**Tableau 18**

**Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse 2: Interaction entre l'échelle de l'accomplissement du DAS-24 et l'impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle**

<b>Modèle entier</b>					
Variables indépendantes	<b>B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>R multiple</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>t</b>
1. Accomplissement	.11	.19	.19	.04	1.21
2. Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	2.65	.22	.29	.08	1.42
3. Accomplissement X Impact de l'événement	.52	1.25	.51	.26	3.02*

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .95.

\*p < .016.

**Tableau 19**

Régression multiple (séquentielle) pour l'hypothèse de non congruence: Interaction entre l'échelle d'accomplissement du DAS-24 et l'impact de l'événement sur le réseau social

Modèle entier					
Variables indépendantes	<u>B</u>	<u>β</u>	<u>R</u> multiple	<u>R</u> <sup>2</sup>	<u>t</u>
1. Accomplissement	.11	.19	.19	.04	1.21
2. Impact de l'événement sur le réseau social	3.93	.34	.38	.15	2.24
3. Accomplissement X Impact de l'événement	.37	.92	.49	.24	2.14

Note. La puissance statistique pour cette analyse était de .93.

### Évaluation de l'Échelle d'attitudes dysfonctionnelles

Lors de la cueillette de données, nous avons administré l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (DAS-24) à deux reprises, soit lors de l'entrée des participants dans l'étude et à la dernière entrevue ou lors de la rechute. Ces informations nous ont permis de vérifier dans quelle mesure les scores à cette échelle restaient stables (structure cognitive; cause) ou s'ils changeaient lors de la rechute dépressive (symptômes; conséquence). La moyenne et l'écart-type de chaque échelle pour les participants en rechute, au deux temps de mesure, sont présentés au Tableau 20.

Pour ce qui est des données recueillies lors de la rechute, les analyses de consistance interne indiquaient un alpha de Cronbach acceptable pour les trois sous-échelles: .69 (dépendance), .81 (accomplissement), et .63 (auto-contrôle). Les coefficients de corrélation point bisérialles entre la rechute dépressive et les scores au DAS-24 n'étaient pas significatifs: scores totaux au DAS ( $r_{pb} = .09$ ), l'échelle de dépendance ( $r_{pb} = .11$ ), l'échelle d'accomplissement ( $r_{pb} = .17$ ) et l'échelle d'auto-contrôle ( $r_{pb} = -.07$ ). Ces résultats soutiennent l'hypothèse que les scores au DAS-24 seuls ne prédisaient pas la rechute. C'est plutôt la congruence entre les structures dysfonctionnelles du DAS-24 et la présence d'un événement de vie qui prédisait la rechute.

La stabilité de l'instrument a été mesurée aux deux temps de mesure. Des corrélations de Pearson ont été calculées pour le score total et les trois sous-échelles. Ces analyses indiquaient une relation significative à  $p < .05$  pour les deux temps de mesure, et ce, pour le score total à l'échelle ( $r = .65$ ), l'échelle de dépendance ( $r = .73$ ), l'échelle d'accomplissement ( $r = .65$ ) et l'échelle d'auto-contrôle ( $r = .78$ ). De plus, nous avons examiné la relation entre la rechute et les scores obtenus aux trois sous-échelles au dernier temps de mesure pour les participants en

rechute dépressive. Toutes les corrélations variaient de  $r = .02$  à  $r = .29$  et elles n'étaient pas significatives. Ces résultats soutiennent l'hypothèse que les sous-échelles du DAS-24 mesurent des caractéristiques stables de la personne.

Afin d'éclaircir davantage cette question, des tests  $t$  pairés ont été effectués pour comparer les scores aux trois sous-échelles pour les sujets en rechute dépressive lors de la rémission et lors la rechute. Ces analyses ont indiqué qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux temps de mesure tant pour la dépendance ( $t = -.98$ ,  $p = .34$ ), l'accomplissement ( $t = .11$ ,  $p = .91$ ) que pour l'auto-contrôle ( $t = -.55$ ,  $p = .58$ ). Ces résultats soutiennent l'idée que le DAS-24 mesure les caractéristiques de la personne et non l'état d'humeur.

**Tableau 20****Moyennes et écarts-types des échelles du DAS-24 pour les deux temps de mesure**

<b>Temps 1</b>		
<b>Variables</b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>ET</u></b>
Dépendance	34.50	9.93
Accomplissement	27.37	9.16
Auto-contrôle	27.50	8.62
<b>Temps 2</b>		
<b>Variables</b>	<b><u>M</u></b>	<b><u>ET</u></b>
Dépendance	35.81	7.60
Accomplissement	27.19	9.17
Auto-contrôle	27.94	8.42

**Note. Plus le score est élevé, plus les attitudes dysfonctionnelles sont élevées.**

## DISCUSSION

### Prédiction de la rechute selon l'hypothèse de congruence

#### Dépendance et événement de vie.

Beck a proposé qu'une dépression est plus susceptible de se produire chez un individu hautement sociotrope ou dépendant lorsqu'il fait face à un événement de vie négatif qui correspond à son domaine de vulnérabilité tel qu'un rejet interpersonnel. L'idée est que ce type d'événement congruent à la structure dépressogène est plus susceptible d'activer cette dernière qu'un événement négatif non spécifique. Basé sur ce modèle, la première hypothèse testée était que l'interaction entre le score des participants à l'échelle de dépendance du DAS-24 et un événement de vie négatif de type interpersonnel prédit significativement la rechute dépressive au sein de la population âgée.

Le premier modèle des analyses de régression logistique n'était pas significatif et l'hypothèse de congruence n'aidait pas à prédire la rechute dépressive. Rappelons que dans ce premier modèle, l'événement de vie était classé selon une catégorisation préétablie.

Par contre, le deuxième modèle de régression logistique testé incluant l'interaction entre le score à l'échelle de dépendance et la perception subjective que l'événement avait un impact sur le réseau social, était significatif. Ce résultat appuie l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance postulée par Beck. Ce résultat suggère aussi que l'examen du modèle de diathèse du stress doit aller au-delà d'une simple identification catégorielle des événements et prendre en considération la signification de l'événement pour le fonctionnement de la personne. En effet, un événement peut avoir un impact spécifique (exemple: perte d'autonomie dans l'exécution des tâches) alors que le même événement peut apporter des

conséquences différentes pour un autre individu (exemple: diminuer la mobilité physique nécessaire pour visiter des amis).

En plus de la prédiction de la rechute (variable discrète), une analyse de régression multiple a été menée pour examiner la prédiction de la symptomatologie dépressive au moment de la rechute (variable continue). Le modèle significatif comprenait le score à l'échelle de dépendance, l'évaluation subjective de l'impact de l'événement de vie sur le réseau social ainsi que l'interaction entre ces deux variables. Toutefois, après l'application de la correction de Bonferroni, cette analyse perdait son niveau de signification. Néanmoins, ce résultat va dans le même sens que celui obtenu pour la prédiction de la rechute. Il est probable qu'une augmentation du nombre de sujets aurait amélioré la puissance statistique nécessaire à la détection d'une interaction significative.

En somme, lorsque l'on considère l'ensemble des résultats pour la structure dépressogène de dépendance, l'hypothèse de congruence est appuyée. Mais cela n'est vrai que lorsque l'on prend en compte l'impact subjectif de l'événement qui est spécifique à cette structure dépressogène. Il est donc essentiel d'examiner les conséquences négatives de l'événement pour l'individu et non la prédiction des événements de vie à partir d'une catégorisation a priori.

Ces résultats sont consistants avec les études qui ont confirmé l'hypothèse de congruence pour les structures dépressogènes de dépendance. En effet, certaines études ont confirmé cette hypothèse pour les structures dépressogènes de dépendance auprès d'une population étudiante qui n'avait pas souffert de dépression dans le passé (Hammen et al., 1989; Hammen et al., 1985). De même, deux études ont confirmé l'hypothèse de congruence auprès d'une population étudiante qui avait souffert d'un épisode dépressif (Zuroff & Mongrain, 1987) et d'une

population clinique adulte (Segal et al., 1989). L'étude de Segal et al. (1992), qui était très similaire au présent projet selon le point de vue de la méthodologie, a aussi confirmé l'hypothèse de congruence pour les structures dépressogènes de dépendance. En effet, dans cette étude, les individus hautement sociotropes étaient plus susceptibles de vivre une rechute lorsqu'ils vivaient des événements de vie négatifs correspondant à leur domaine de vulnérabilité, mais seulement lorsque les données recueillies deux mois avant la rechute étaient analysées. À notre connaissance, la présente recherche est la première à démontrer que cette hypothèse est aussi valable pour la rechute dépressive chez les personnes âgées.

#### Accomplissement et événement de vie.

Beck a proposé qu'une dépression est plus susceptible de se produire chez un individu hautement autonome lorsqu'il fait face à un événement de vie négatif correspondant à son domaine de vulnérabilité tel qu'un échec au travail. Basé sur ce modèle, la deuxième hypothèse testée était que l'interaction entre les scores des participants sur l'échelle d'accomplissement du DAS-24 et un événement de vie négatif qui met l'autonomie fonctionnelle à risque, prédit significativement la rechute dépressive.

Le premier modèle des analyses de régression logistique n'était pas significatif et l'hypothèse de congruence ne prédisait pas la rechute dépressive. Comme plus haut pour la dépendance, dans ce premier modèle, l'événement de vie était classé selon une catégorisation préétablie par les chercheurs.

Le deuxième modèle incluait le score à l'échelle de l'accomplissement ainsi que l'évaluation subjective de l'impact de l'événement de vie sur l'autonomie fonctionnelle. Le deuxième modèle de régression logistique ne s'est pas révélé significatif pour la prédiction de la

rechute dépressive lorsque le niveau alpha était fixé à  $p = .025$ . Dans cette analyse l'interaction entre le score à l'échelle d'accomplissement et la perception subjective que l'événement avait un impact sur l'autonomie fonctionnelle n'était pas significative, mais de très peu ( $p = .05$ ). Des facteurs méthodologiques, dont la taille et la composition de l'échantillon, ont pu empêcher la détection d'une interaction significative. En effet, les scores pour l'échelle d'accomplissement se rapprochent des résultats obtenus par un groupe d'étudiants matures de l'étude de Power et al. (1994) alors que la moyenne des scores à l'échelle de dépendance était particulièrement élevée. Nous considérons que ces résultats n'invalident pas la valeur prédictive de cette hypothèse dans la rechute dépressive, puisqu'on pouvait y noter une tendance nettement significative. Ils laissent supposer que la nature compositionnelle de l'échantillon n'a pas permis de détecter une hypothèse de congruence significative pour la structure d'accomplissement.

Ce point de vue est appuyé par les résultats de l'analyse de régression multiple pour la prédiction de la symptomatologie dépressive avec les mêmes variables indépendantes. À nouveau, c'est le modèle qui contenait le score à l'échelle d'accomplissement du DAS-24, l'évaluation subjective que l'événement de vie avait eu un impact sur l'autonomie fonctionnelle ainsi que l'interaction entre ces variables, qui était significatif. Dans l'ensemble, l'hypothèse de congruence pour la structure d'accomplissement se trouve ainsi appuyée. Mais, ici encore, ce sont les conséquences de l'événement pour l'individu qui apparaissent déterminantes et non seulement la prédiction à partir d'une catégorisation à priori des événements.

Ce résultat se démarque de ceux rapportés jusqu'ici dans la littérature. En effet, Coyne et Whiffen (1995) ont recensé les travaux de recherche qui ont examiné les modèles de diathèse du stress de la dépression. Ils ont noté que la plupart des études n'ont pas confirmé l'hypothèse de

congruence pour les sujets ayant des structures d'autonomie ou d'auto-critiques, sauf pour l'étude de Lakey et Ross (1994) qui ont évalué la détresse psychologique parmi une population étudiante. En ce qui concerne spécifiquement la rechute dépressive, Segal et al. (1992) ont trouvé que l'interaction entre le nombre d'événements et le score à l'échelle d'autonomie était prédictive de la rechute dépressive, mais que l'interaction entre l'aspect stressant des événements et le score à l'échelle de l'autonomie n'était pas significative. On pourrait conclure que, jusqu'ici, cette hypothèse a trouvé peu d'appui empirique. Toutefois, Coyne et Whiffen (1995) nous rappellent que les travaux de recherche qui ont examiné cette facette de l'hypothèse de congruence présentent plusieurs faiblesses méthodologiques importantes et sont difficiles à interpréter. Certains travaux comportent des échantillons très petits, souvent composés de participants qui n'ont pas souffert de dépression majeure dans le passé (dépression non clinique) ou encore l'échantillon était de nature mixte, c'est-à-dire, des participants qui avaient souffert de dépression ou de maniaco-dépression. On peut même avancer que l'hypothèse de congruence n'a pas été testée adéquatement jusqu'ici. Si la présente recherche comporte des avancées méthodologiques (considération de l'impact des événements, de la rechute et la symptomatologie dépressive, devis longitudinal et échantillon âgé), elle n'est pas exempte de limitation. Ainsi, la surreprésentation des femmes dans l'échantillon et les scores élevés sur l'échelle de dépendance ont probablement facilité la détection d'une hypothèse de congruence pour la structure de dépendance alors qu'il était plus difficile de la détecter pour l'accomplissement.

#### Auto-contrôle et événement de vie.

Contrairement aux deux premières hypothèses, cette hypothèse ne s'articule pas sur le modèle de Beck et pour cause puisqu'elle émane de l'identification d'une troisième variable de

vulnérabilité potentielle par une analyse factorielle (Power et al., 1994). Ces auteurs ont identifié un troisième facteur, soit l'auto-contrôle qui concerne les préoccupations pour l'auto-contrôle. Quoique le concept d'auto-contrôle soit difficile à définir, il semble contenir deux aspects soit une volonté de contrôle de soi (soi comme objet) et un ensemble de stratégies utilisées afin d'arriver à un objectif. Nous avons donc postulé qu'un individu qui privilégie l'auto-contrôle est vulnérable à la dépression s'il est confronté à un événement de vie qui menace l'auto-contrôle. Ainsi, nous avons postulé que la dépression est plus susceptible de se produire chez un individu qui obtient un score élevé sur l'échelle d'auto-contrôle lorsqu'il fait face à un événement de vie négatif correspondant à son domaine de vulnérabilité telle qu'une incapacité de résoudre ses problèmes rapidement et sans gros effort.

Le premier modèle des analyses de régression logistique n'était pas significatif et l'hypothèse de congruence ne prédisait pas la rechute dépressive. Tout comme l'évaluation des deux premières hypothèses, dans ce premier modèle, l'événement de vie était classé selon une catégorisation préétablie par les chercheurs.

Le deuxième modèle incluait le score à l'échelle de l'auto-contrôle ainsi que l'évaluation subjective de l'impact de l'événement de vie sur l'auto-contrôle. Ce deuxième modèle de régression logistique n'était pas significatif lui non plus. De plus, l'interaction entre le score à l'échelle d'auto-contrôle et la perception subjective que l'événement avait un impact sur l'auto-contrôle n'était pas significative.

En somme, les résultats obtenus pour l'hypothèse additionnelle nous portent à accepter l'hypothèse nulle en disant que cette hypothèse de congruence ne permet pas de prédire la rechute dépressive. Étant donné le problème conceptuel de la notion d'auto-contrôle, il est

possible que les instruments de mesure utilisés n'aient pas bien capturé les éléments centraux de ce concept.

### Prédiction de la rechute et de la symptomatologie dépressive selon l'hypothèse de non congruence

Un test rigoureux de la théorie se doit d'examiner aussi les hypothèses de non congruence. Le modèle qui comprenait le score à l'échelle d'accomplissement du DAS-24, l'évaluation subjective de l'impact de l'événement de vie sur le réseau social ainsi que l'interaction entre ces deux variables n'était pas significatif, mais seulement de très peu ( $p = .04$ ). Dans ce modèle, on pouvait remarquer que l'interaction entre les deux variables prédictrices tendait à être significative ( $p = .08$ ). Par ailleurs, ce modèle de non congruence s'est avéré significatif dans la prédiction de la symptomatologie dépressive. Toutefois après l'application de la correction de Bonferroni, l'entrée de l'interaction dans le modèle n'augmentait pas significativement la variance expliquée. On peut postuler que cette hypothèse aurait pu devenir significative avec certains changements méthodologiques telle qu'une augmentation du nombre de participants.

Ce résultat tend à indiquer qu'une rechute de la dépression et la symptomatologie dépressive qui l'accompagne, sont plus susceptibles de se produire chez un individu qui obtient un score élevé sur l'échelle d'accomplissement lorsqu'il fait face à un événement négatif dont l'impact est vécu au niveau interpersonnel (non congruent). Plus haut, il a été avancé que c'est vrai aussi lorsque l'impact est vécu au niveau de l'autonomie fonctionnelle (congruent). Il semble donc que la structure dépressogène d'accomplissement peut aussi être activée par des événements de vie qui ne sont pas spécifiques au domaine de la structure. Par contre, la structure

dépressogène de dépendance ne peut être activée que par des événements de vie qui lui sont spécifiques.

Ceci voudrait-il dire que la structure d'accomplissement est plus pernicieuse? Les écrits de Blatt (1974) nous donnent un éclairage sur ce sujet. En effet, selon Blatt, il n'est pas surprenant qu'un individu ayant un score élevé à l'échelle d'accomplissement vive une rechute en réaction à un événement dont l'impact est vécu au niveau interpersonnel. La notion de vulnérabilité dépressive basée sur l'accomplissement se rapporte à l'entité d'une dépression introjective. Si les individus susceptibles de vivre une dépression introjective possèdent un besoin intense de réussir et d'être autonomes, c'est parce qu'ils ont besoin de l'approbation et de la reconnaissance des autres. La dimension interpersonnelle est donc aussi singulièrement comprise dans la dépression introjective. Selon cette perspective alors, la présence de structures dépressogènes d'accomplissement prédisposerait un individu à la dépression non seulement en présence d'un événement de vie qui met en jeu l'autonomie fonctionnelle, mais également en présence d'un événement qui a un impact sur le réseau social. Dans ce sens, l'hypothèse de congruence pourrait s'avérer spécifiquement moins utile à prédire la dépression lorsque la structure cognitive d'accomplissement est impliquée.

Certains travaux récents peuvent aussi nous aider à comprendre l'aspect pernicious de la structure d'accomplissement. Les travaux de Brown, Hammen, Craske et Wickens (1995) ont indiqué que le construit d'accomplissement-perfectionniste (Perfectionistic Achievement) mesuré par le DAS, interagit avec un stressor congruent (performance inférieure à un examen) pour augmenter la symptomatologie dépressive. De plus, la vulnérabilité à l'augmentation de la symptomatologie dépressive était plus fortement associée au schéma d'accomplissement-

perfectionniste qu'avec les autres variables mesurées. Ces résultats soutiennent l'importance du perfectionnisme comme facteur de vulnérabilité à la dépression. De plus, des informations intéressantes proviennent d'une série d'études du "National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program". Le score total à l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (DAS) était associé à une mauvaise réponse à la thérapie cognitive et comportementale et à la sévérité persistante de la dépression (Sotsky et al., 1991). Selon les travaux de Blatt, Quinlan, Pilkonis et Tracie Shea (1995), c'est plus particulièrement le perfectionniste (accomplissement), tel que mesuré par l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles, qui prédit significativement une mauvaise réponse à quatre types de thérapie étudiés (les thérapies cognitive-comportementale, interpersonnelle, l'imipramine et un placebo). Il a été avancé que la structure d'accomplissement-perfectionnisme est un facteur préjudiciable dans le traitement à court terme de la dépression (Blatt et al., 1995) qui nécessite un traitement à long terme (Blatt, Ford, Berman, Cook, & Meyer, 1988). Le perfectionnisme apparaît donc un facteur pernicieux de la dépression (Blatt et al., 1995).

Parmi les études récentes, Hewitt, Flett, Ediger, Norton et Flynn (1998) ont examiné le rôle des dimensions du perfectionnisme dans la dépression. Ils ont postulé que le construit de perfectionnisme comporte une composante interpersonnelle et une composante orientée vers soi. Le perfectionnisme orienté vers soi est une composante qui exige que le soi soit parfait (intraindividuelle), le perfectionnisme prescrit par la société implique le besoin de rencontrer les attentes de perfection perçues de l'entourage (interpersonnelle) alors que le perfectionnisme orienté vers les autres nécessite la perfection chez les autres. Le concept d'accomplissement ou autonomie est conceptuellement similaire à la notion de perfectionnisme orienté vers soi (Hewitt

et al., 1998).

Les résultats ont démontré que le perfectionnisme orienté vers soi est significativement associé aux symptômes unipolaires chroniques alors que le perfectionnisme prescrit par la société est relié à la dépression ponctuelle. De plus, le perfectionnisme est un facteur de vulnérabilité qui augmente la symptomatologie dépressive mais seulement en présence d'un événement qui met à risque les objectifs de perfection orientés vers soi (Hewitt et al., 1998). Pour ce qui est du perfectionnisme prescrit par la société, ce facteur de vulnérabilité peut être associé à la dépression en présence d'un événement de type social puisqu'un individu qui obtient un score élevé sur ce facteur est motivé par un désir de rencontrer les exigences de l'entourage et de gagner leur approbation.

En résumé, il semble que le perfectionnisme, qui est un concept similaire à celui de l'accomplissement est plus pernicieux et incorpore des composantes intraindividuelle et interpersonnelle. Ainsi, la spécificité des événements de vie serait moins importante puisque cette structure peut être activée par des événements correspondant au thème de l'accomplissement ou par des événements sociaux qui interfèrent avec les attentes des autres et le besoin de gagner leur approbation.

Dans la présente étude, les scores à l'échelle d'accomplissement n'étaient pas particulièrement élevés, par contre, il semble que cette structure était particulièrement importante et pernicieuse pour la personne âgée. Il semble qu'une personne âgée qui possède cette structure, soit plus à risque, puisqu'elle comporte des composantes intrapersonnelle et interpersonnelle. De plus, il semble que cette structure est hautement stable et qu'elle est associée à des états dépressifs plus stables (Hewitt et al., 1998).

### Vulnérabilité psychologique et vieillissement

Plusieurs théories de la dépression ont abordé les prédispositions psychologiques dans le développement de la dépression. L'existence de structures cognitives dysfonctionnelles est un exemple d'une prédisposition psychologique. Les recherches qui ont évalué le développement psychologique et la personnalité à l'âge adulte ont démontré qu'il existait une stabilité des caractéristiques de la personnalité ainsi qu'une augmentation des stratégies d'adaptation, du maintien de l'estime de soi et d'un sens de contrôle sur les événements (Karel, 1997).

Cependant, il est important de spécifier que cette constatation provient spécifiquement des études transversales. Or, une meilleure compréhension des caractéristiques psychologiques à travers le développement doit se faire à l'aide d'études longitudinales, puisque les résultats peuvent être le reflet de différences entre les cohortes plutôt que le reflet d'un changement développemental.

Malgré cela, les études qui ont évalué les caractéristiques de la personnalité ont suggéré une stabilité dans le temps (Costa & McCrae, 1988). En effet, il existe peu d'évidences qui soutiennent un changement développemental dans la personnalité ou dans les structures cognitives qui rendent les personnes âgées plus vulnérables à une rechute dépressive.

Quoiqu'aucune étude n'ait examiné le caractère stable ou changeant des structures cognitives de dépendance ou d'accomplissement, les résultats des travaux antérieurs appuient les propos de Beck quant à la stabilité des attitudes dysfonctionnelles (Beck, 1967). Ceci dit, l'examen des prédispositions psychologiques de manière isolée améliore plus ou moins la compréhension des éléments théoriques du modèle de diathèse. En fait, l'étude de la rechute dépressive doit inclure les événements de vie.

### Événements de vie.

Parmi les facteurs sociaux, il est reconnu que la dépression peut survenir suite à des événements de vie négatifs qui défient la capacité d'adaptation d'un individu (George, 1994). Les événements peuvent être de nature discrète tels que le décès d'un être cher ou encore constituer des tracas quotidiens (daily hassles) tels que des difficultés financières (Lazarus & DeLongis, 1983). Dans l'étude de la rechute dépressive au sein de la population âgée, il semble que les tracas quotidiens ne soient pas des facteurs prédictifs puisque les analyses de corrélation ont démontré qu'aucun des tracas n'était relié de façon significative à la rechute dépressive. Pour ce qui est des événements de vie de nature discrète, ils sont reconnus comme étant des facteurs prédictifs de la symptomatologie dépressive au sein d'une population adulte (Brown & Harris, 1989).

Est-ce que les événements de vie sont des prédictifs de la rechute dépressive au sein de la population âgée? Karel (1997) a précisé que les personnes âgées vivent moins d'événements de vie négatifs et qu'elles perçoivent les événements de vie et les irritants quotidiens comme étant moins stressants comparativement aux jeunes adultes. Par contre, la maladie et les incapacités physiques sont des événements plus fréquents avec l'âge. De plus, les études ont démontré que la maladie et les incapacités physiques figurent parmi les meilleurs prédictifs de la dépression chez les personnes âgées (Kennedy et al., 1989).

### Maladie et incapacités physiques.

La relation qui existe entre la maladie et les incapacités physiques, et la dépression est appuyée par de nombreux travaux empiriques. Toutefois, ce constat est complexe à expliquer. La dépression peut être reliée à des changements biochimiques ou encore elle peut coïncider avec

l'apparition de la maladie. Enfin, la dépression peut aussi être une réaction aux conséquences difficiles créées par la maladie physique. Quoiqu'il est évident que les personnes âgées sont plus sujettes à vivre des maladies ou des incapacités physiques, on peut se demander si la force de l'association entre la maladie physique et la dépression change avec l'âge.

Dans la présente étude, les résultats n'appuient pas l'idée que la maladie et les incapacités physiques sont des facteurs prédictifs de la rechute dépressive. En effet, aucun des indices d'association entre les variables reliées à la santé physique et la rechute n'était significatif. Par contre, il est possible que la maladie physique soit reliée à la dépression parce qu'elle interfère dans plusieurs domaines de la vie d'un individu (Zeiss, Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996). Entre autres, la maladie peut empêcher la mobilité physique et les besoins d'indépendance et d'autonomie individuelle des individus qui privilégient l'accomplissement et l'autonomie.

D'ailleurs, Aldwin (1991) avait souligné la possibilité que les personnes âgées tirent leur sens d'auto-efficacité à partir de leur capacité à composer avec certains événements stressants reliés au domaine de la maladie et des incapacités physiques. D'un point de vue développemental, il est alors possible que la valeur personnelle des personnes âgées est particulièrement dérivée des préoccupations ou besoins typiques des gens qui sont hautement autonomes ou qui privilégient l'accomplissement. Il n'est alors pas surprenant que cette structure soit plus facilement activée pendant l'âge avancé, une période où les personnes âgées sont plus susceptibles de vivre des problèmes de santé qui activent cette structure et diminuent le sens d'auto-efficacité.

#### Facteurs sociaux.

Dans les études antérieures, les événements de vie ont été reliés à l'apparition et la

rémission d'un épisode dépressif chez les personnes âgées (Murphy, 1983) et à la rechute dépressive chez une population adulte (Segal et al., 1992). Puisqu'un événement peut avoir une ou des conséquences diverses selon la ou les préoccupations d'un individu, nous avons postulé au début de l'étude qu'il fallait inclure dans les analyses, l'évaluation subjective de l'événement. Cette distinction s'est avérée importante puisque les hypothèses de congruence qui comprenaient le type d'événements de vie selon une méthode de classement préétablie n'étaient pas significatives dans la prédiction de la rechute. De plus, l'impression subjective que l'événement avait un impact était un facteur important qui, placé en interaction avec les structures dépressogènes congruentes, permettait souvent de prédire la rechute dépressive ou la symptomatologie dépressive.

Un événement de vie qui a un impact sur le réseau social semble particulièrement important dans la rechute dépressive. En effet, cet élément activateur en interaction avec des structures dépressogènes congruentes (dépendance) ou non congruentes (accomplissement) a permis de prédire la rechute dépressive. Rappelons, que l'événement de vie doit être compris en terme d'évaluation subjective de l'impact de l'événement sur le réseau social de l'individu. Comment pourrait-on expliquer l'importance de la perception subjective de l'impact de l'événement de vie sur le réseau social, dans la prédiction de la rechute dépressive au sein de la population âgée?

Il semble que le réseau social et le soutien social constituent des facteurs importants dans l'étude de la dépression au sein de la population âgée. Par exemple, George, Blazer, Hughes et Fowler (1989) ont effectué un suivi auprès de 150 personnes adultes et âgées qui avaient reçu un diagnostic de dépression majeure. Ils trouvèrent que l'étendue du réseau social et le soutien

social (subjectif) étaient des variables prédictrices des symptômes dépressifs lors du suivi.

Plusieurs études empiriques ont aussi suggéré que la dépression est particulièrement associée à des difficultés interpersonnelles et à des difficultés conjugales (Coyne & Margolin, 1985). Par exemple, une augmentation des arguments avec le ou la conjoint(e) était l'événement le plus souvent rapporté par les femmes dépressives dans l'étude de Paykel et al. (1969). Les écrits de Coyne (1976a, 1976b) sont particulièrement utiles dans la compréhension de ce phénomène. Coyne (1976b) avait supposé que les gens dépressifs induisent des états négatifs, tels que la dépression et l'hostilité, dans leurs interactions sociales ce qui en retour les amènent à être rejetés. Les résultats d'une étude menée par Coyne (1976b) ont confirmé cette hypothèse. En effet, suivant une conversation téléphonique, les participantes qui avaient parlé à des patientes dépressives étaient elles-mêmes plus dépressives, anxieuses, hostiles et rejetantes.

Par la suite, des études subséquentes ont suggéré que les individus dépressifs et leurs conjoint(e)s utilisent moins des stratégies centrées sur le problème et davantage des comportements destructeurs (Kahn, Coyne, & Margolin, 1985). De plus, une étude de Coyne et al. (1987) a indiqué que 40.5% des personnes vivant avec une personne dépressive démontraient suffisamment de symptômes justifiant la réception de services thérapeutiques. Enfin, parmi les réactions négatives que les relations avec une personne dépressive peuvent créer, Coyne (1976a, 1976b) avait postulé que les réactions de rejet sont créées par le besoin excessif de réassurance.

Malgré les études dans le domaine, nous ne connaissons pas bien les facteurs qui expliquent la négativité qui caractérise les relations interpersonnelles des personnes dépressives. Néanmoins, il semble évident que la présence d'un épisode dépressif change la nature des relations interpersonnelles. En période de rémission, il est probable que les relations sont de

nature plus positive mais elles restent toutefois fragiles. Par exemple, il est plausible que le besoin de réassurance du partenaire (lorsque la personne traverse un épisode dépressif) diminue lorsque son humeur redevient normale et par le fait même apaise les réactions négatives du partenaire. Toutefois, les sujets en rémission de la présente étude ne rencontraient plus les critères d'un épisode dépressif majeur mais ils rapportaient toujours la présence de symptômes dépressifs. Lors de leur admission dans la présente étude, les participant(e)s obtenaient en moyenne un score modéré ( $M = 8.19$ ,  $ET = 3.06$ ) à l'Échelle de dépression gériatrique (EDG). Ainsi, il est probable que les relations interpersonnelles entretenues par les participant(e)s de la présente étude étaient toujours caractérisées par des réactions négatives d'intensité modérée avec l'entourage. L'ajout d'un événement de vie pouvait ainsi déstabiliser un réseau social déjà fragile surtout lorsque la personne vit un fort besoin de reconnaissance et de réassurance.

Pour ce qui est de la structure d'accomplissement, rappelons que cette structure peut être activée par des événements sociaux. Quoique cette structure d'accomplissement ne fasse pas partie de la sphère interpersonnelle, Ingram et al. (1998) pense que le contexte qui l'active est de nature interpersonnelle. En effet, un individu hautement autonome peut vivre une rechute face à un événement dont l'impact est vécu au niveau interpersonnel parce qu'il a fortement besoin de l'approbation et de la reconnaissance des autres. Ceci renvoie au perfectionnisme prescrit par la société qui comporte une dimension interpersonnelle, c'est-à-dire, le besoin de rencontrer les attentes que l'entourage place sur l'individu.

#### Prédiction de la symptomatologie dépressive

Sur la base des résultats de l'étude, on remarque que l'hypothèse de congruence prédit mieux la symptomatologie dépressive que la rechute. Cette constatation peut s'expliquer sous les

angles méthodologique et théorique. Tout d'abord, la symptomatologie et la rechute sont deux variables de nature différente. La symptomatologie est mesurée selon un continuum d'intensité (variable continue), tandis que la rechute est une variable discrète. Par définition, la rechute est basée sur des critères diagnostiques stricts. En effet, une personne doit rapporter plusieurs symptômes dépressifs spécifiques avant de recevoir un diagnostic de dépression majeure, alors que la symptomatologie dépressive est mesurée en additionnant les symptômes dépressifs. Ces caractéristiques peuvent expliquer pourquoi l'hypothèse de congruence prédit mieux la symptomatologie dépressive que la rechute dépressive.

#### Structures dépressogènes de l'auto-contrôle

Parmi les analyses statistiques effectuées, aucune analyse n'a confirmé l'hypothèse de congruence entre la structure de l'auto-contrôle et l'événement de vie. De plus, comparativement aux autres structures dépressogènes, l'auto-contrôle est le facteur qui est le moins relié à la rechute dépressive ( $r = -.07$ ) et la symptomatologie dépressive ( $r = -.09$ ). Deux aspects peuvent expliquer ce résultat. Il est possible que la méthodologie utilisée n'ait pas permis de bien évaluer la présence de cette structure ou encore il est possible que l'hypothèse de congruence n'aide pas à prédire la rechute dépressive lorsque la structure d'auto-contrôle est impliquée.

Rappelons, que les analyses factorielles de Power et al. (1994) ont suggéré que ce troisième facteur (l'auto-contrôle) concerne les préoccupations pour l'auto-contrôle, un concept qui se rapproche de l'autonomie postulé par Beck (1983). Il est cependant difficile de définir ce concept. En effet, est-ce que l'auto-contrôle implique un contrôle du soi (soi comme objet) ou plutôt une série de techniques qu'un individu utilise afin d'arriver à un objectif. Un examen attentif des items du DAS-24 qui évaluent l'auto-contrôle selon l'analyse factorielle de Power et

al. (1994), suggère que l'auto-contrôle implique ces deux aspects. Ainsi, une personne qui obtient un score élevé sur cette échelle endosse certains items qui indiquent une préoccupation pour le contrôle des émotions (ne pas se laisser affecter par les événements de vie) et une croyance qu'elle peut résoudre ses problèmes rapidement et sans grand effort. Ceci suggère des techniques qui sont utilisées par l'individu pour influencer ses cognitions ou ses comportements. Ainsi, on peut supposer qu'une personne qui éprouve un grand besoin de contrôler ses émotions utilisera des techniques qui l'amèneront à percevoir qu'elle contrôle bien les événements qui surviennent et que ces derniers ont très peu d'impact sur elle. Dans ce sens, il est possible que le facteur d'auto-contrôle soit beaucoup moins activé par la présence d'événements de vie alors que les techniques employées ne favorisent pas une rechute dépressive. L'hypothèse de congruence pourrait alors ne pas s'avérer utile à comprendre la rechute dépressive lorsque la structure dépressogène qui domine est l'auto-contrôle.

#### Tracas de la vie quotidienne

Certaines données recueillies concernaient la présence des tracas de la vie quotidienne dans la prédiction de la rechute dépressive. Des analyses de corrélation ont démontré qu'aucun de ces tracas n'était relié de façon significative à la rechute dépressive.

Pourquoi les tracas de la vie quotidienne ne sont-ils pas reliés à la rechute dépressive alors que ces tracas sont des mesures proximales du stress? Avant de conclure que les tracas de la vie quotidienne ne sont d'aucune utilité dans la prédiction de la rechute dépressive, il faut comprendre que plusieurs facteurs peuvent justifier la présence de corrélations non significatives. Un de ces facteurs est sans doute d'ordre méthodologique, relié à la mesure des tracas quotidiens. Dans la présente étude, nous avons évalué les tracas quotidiens à l'aide de trois questions

formulées en fonction des structures dysfonctionnelles mesurées et ces questions n'ont pas fait l'objet d'étude de validation. L'ajout d'un questionnaire validé aurait permis d'obtenir une meilleure évaluation standardisée des tracas quotidiens. Il existe d'ailleurs une version française validée auprès d'une population âgée (Vézina & Giroux, 1988) du "Hassles Scale" de Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981). Cette échelle contient 64 items qui énumère divers stressseurs chroniques qui se regroupent en six domaines.

#### Événements de vie qui impliquent le réseau social

Parmi les données recueillies lors de la passation de la fiche signalétique, quatre questions concernaient le réseau social. Ces questions provenaient du questionnaire O.A.R.S. (OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire and Services Supplement). Des analyses de corrélation ont indiqué qu'aucune de ces variables n'était reliée à la rechute dépressive et des analyses de chi-carré ont indiqué qu'il n'existait aucune différence significative pour ces variables entre les participants en rémission et ceux en rechute. Ces résultats non significatifs sont contraires à ce que l'on pouvait s'attendre, compte tenu de l'impact négatif de la dépression sur le réseau social. Toutefois, les quatre questions posées ne capturent probablement pas les aspects spécifiques du réseau social qui sont reliés à la rechute. En effet, les questions posées concernent le nombre de contacts téléphoniques ou de visiteurs ainsi que la présence d'un aidant et d'un confident. Or, tel que déjà mentionné, d'autres facteurs, tel que l'adaptation conjugale du conjoint, sont des facteurs prédictors de la négativité des relations interpersonnelles des personnes dépressives, un phénomène beaucoup plus complexe qui va au-delà des données recueillies dans la fiche signalétique. D'un autre côté, ces résultats semblent indiquer que c'est la perception d'un impact négatif de l'événement qui est important plutôt que les autres aspects du

réseau social tels que le nombre de contacts téléphoniques.

### Nombre d'épisodes dépressifs et rechute dépressive

Dans la présente étude, le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs n'était pas relié à la rechute dépressive, contrairement aux résultats de Segal et al. (1992). Ceci s'explique probablement par une différence d'échantillon. En effet, dans l'étude de Segal et al. (1992), les sujets adultes en rechute d'un épisode dépressif avaient vécu en moyenne 7.25 épisodes dépressifs alors que les participant(e)s de la présente étude avaient vécu environ 1.68 épisodes dépressifs au cours de leur vie. Sur la base des études précédentes, on estime que le pourcentage d'épisodes dépressifs, au sein de la population âgée, est de 1.4 comparativement à 7.5 pour les individus âgés de 30 à 44 ans et qu'environ 50% des dépressions majeures apparaissent après 65 ans (Blazer, 1994). D'ailleurs, l'échantillon de la présente étude était composé de 20 personnes âgées (48%) qui ont vécu leur premier épisode après 65 ans. Ceci peut expliquer que le nombre d'épisodes dépressifs ne soit pas un prédicteur de la rechute dépressive chez les personnes âgées, en tout cas pour la cohorte actuelle.

### Stabilité des structures dépressogènes

La stabilité de l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles a été mesurée à travers les deux temps de mesure. Des corrélations de Pearson ont indiqué que les scores à cette échelle restaient stables. Rappelons que ces analyses ont indiqué une relation significative à  $p < .05$  pour les deux temps de mesure, et ce, pour le score total à l'échelle ( $r = .65$ ), l'échelle de dépendance ( $r = .73$ ), l'échelle d'accomplissement ( $r = .65$ ) et l'échelle d'auto-contrôle ( $r = .78$ ). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Segal et al. (1992) qui variaient de  $r = .64$  à  $.98$  pour le score total, de  $r = .47$  à  $.77$  pour l'échelle d'auto-critique, et de  $r = .47$  à  $.88$  pour l'échelle de dépendance.

Des analyses de test *t* pairés ont également indiqué qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux temps de mesure et supportaient l'idée que le DAS-24 mesure les caractéristiques de la personne. Ces résultats appuient l'idée que les structures dépressogènes sont latentes lors de la rémission tel que formulé par la théorie cognitive. D'ailleurs, la moyenne des scores à la sous-échelle d'accomplissement est similaire aux résultats obtenus par des étudiants matures de l'étude de Power et al. (1994). D'autre part, il est reconnu que le perfectionnisme orienté vers soi, qui est conceptuellement similaire à l'accomplissement, est hautement stable (Hewitt et al., 1998). Cette structure dépressogène semble plus pernicieuse et elle est reliée à la rechute dépressive (Segal et al., 1992).

Est-ce que les structures dépressogènes changent avec la répétition des épisodes dépressifs? L'approche cognitive ne fait pas de distinction entre le déclenchement d'un épisode et la rechute dépressive, c'est-à-dire que les mêmes processus et mécanismes sont invoqués dans l'explication de ces deux phénomènes. Pourtant, certains chercheurs ont proposé que la répétition des épisodes dépressifs accentuent les structures dépressogènes (Hammen et al., 1986). Dans ce sens, les structures dépressogènes "s'auto-perpétueraient" parce que l'information disponible à la personne lors de ces épisodes deviendrait de plus en plus congruente avec les structures cognitives qui dirigent la recherche d'information. Il est ainsi possible que les individus qui privilégient l'autonomie fonctionnelle soient à risque de vivre une rechute dépressive parce que les structures qui se sont renforcées les amènent à vivre des événements de vie négatifs, plus souvent et plus intensément, sans être capables de composer adéquatement avec ces événements.

#### Forces et faiblesses de la présente recherche

La section qui suit contient une discussion des facteurs qui peuvent limiter la

généralisation des résultats. Parmi ces facteurs se retrouvent le biais de sélection de l'échantillon, les limites liées au devis de rémission et le problème de puissance statistique.

#### Biais de sélection de l'échantillon.

Tout d'abord, une des forces de la présente étude était l'utilisation d'une entrevue semi-structurée dans l'établissement du diagnostic de dépression majeure. Ceci constitue un ajout important par rapport aux études qui ont évalué la symptomatologie dépressive à l'aide de mesure d'auto-évaluation. De même, contrairement aux études qui ont évalué le modèle de diathèse du stress à l'aide d'une population étudiante, l'échantillon de la présente étude était composé d'une population clinique. Or, choisir un échantillon à partir d'une liste de patients suivis par une équipe de psychogériatrie ou de patients qui proviennent d'un centre pour personnes âgées peut créer un biais dans la sélection des participants. Combien de personnes cliniquement dépressives consultent un professionnel de la santé ou parlent de leur humeur dépressive? Chez une population adulte, Shapiro et al. (1984) ont indiqué que seulement un tiers des personnes dépressives recherchent un traitement. Il est aussi probable que le pourcentage de personnes âgées qui parlent de leur état dépressif ou consultent pour traitement soit beaucoup moins élevé. Plusieurs raisons peuvent justifier cette hypothèse. Certaines personnes âgées croient, entre autres, que la présence de dépression est normale lors du vieillissement, une fausse croyance qui les rend moins susceptibles de consulter des professionnels de la santé. Comme l'ont souligné Vézina et al. (1994), au sein d'une population âgée, la dépression est parfois confondue avec des maladies mentales telles que les troubles mentaux organiques. De plus, parmi les scénarios qui caractérisent le refus de participer à un projet de recherche, on retrouve le refus de participer sous prétexte d'une maladie, d'un manque d'intérêt ou de disponibilité

(Vézina et al., 1994). Si l'on ajoute à cela le fait que ce sont les gens ayant un niveau de scolarité plus élevé qui participent à des recherches (Rosenthal & Rosnow, 1975), on constate que l'échantillon de la présente étude est probablement composé d'un sous-groupe de la population âgée en rémission d'un épisode dépressif.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'échantillon contient une surreprésentation des femmes, une réalité toutefois difficile à éviter si l'on regarde d'une part le profil du vieillissement démographique de la population canadienne en faveur de la longévité des femmes et d'autre part la prévalence plus forte de la dépression au sein des femmes (2:1 comparativement aux hommes). Malgré cela, il faut être prudent lorsque l'on tente de généraliser les résultats à une population âgée masculine puisque l'échantillon n'était composé que de 25% d'hommes.

De plus, l'échantillon de la présente étude ne comportait que 41 participant(e)s. Les recherches qui portent sur la dépression comportent souvent de petits échantillons causés par diverses embûches telles que le problème d'attrition et le recrutement des participants. De même, George (1994) a souligné un phénomène particulier à considérer dans les recherches sur la dépression gériatrique. Elle rappelle que les études épidémiologiques et en sciences sociales indiquent que les personnes âgées sont moins susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression majeure même si elles rapportent un nombre égal ou plus élevé de symptômes dépressifs que les adultes. Il est possible que les questionnaires qui utilisent les critères diagnostiques psychiatriques traditionnels, tels que le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ne permettent pas de bien évaluer les syndromes dépressifs caractéristiques de la dépression à l'âge avancé.

### Limites du devis de rémission.

Si les résultats de la présente étude ont indiqué que l'hypothèse de congruence pour la dépendance prédit la rechute dépressive, il faut se rappeler qu'il s'agit ici d'un devis basé sur des corrélations entre des variables, ce qui ne permet pas de préciser un lien de causalité entre ces variables. Il est donc impossible de préciser que les éléments déclencheurs sont en fait des variables causales de la dépression. Comme l'ont suggéré Ingram et al. (1998), il est possible que d'autres variables causales (third variable causality) soient impliquées.

De plus, avec Ingram et al. (1998), on peut souligner qu'une limite liée à ce type de devis concerne l'interprétation des résultats. Plusieurs chercheurs ont interprété des résultats non significatifs en supposant que les facteurs cognitifs sont probablement des conséquences ou des symptômes concomitants à la présence d'une dépression (Barnett & Gotlib, 1988). Même si l'hypothèse selon laquelle ces facteurs sont des antécédents de la condition dépressive n'est pas vérifiée, cela ne signifie pas automatiquement un appui pour l'hypothèse qu'ils sont des conséquences de l'état dépressif. Par exemple, les résultats obtenus pour l'hypothèse additionnelle nous porte à accepter l'hypothèse nulle en disant que cette hypothèse de congruence (entre l'auto-contrôle et impact de l'événement sur l'auto-contrôle) ne permet pas de prédire la rechute dépressive ni la symptomatologie dépressive. Or, plusieurs raisons dont le nombre peu élevé de participants ou encore l'utilisation d'un instrument de mesure qui ne constitue pas une bonne mesure de la structure cognitive d'auto-contrôle peuvent expliquer la présence de résultats non significatifs. Dans ce sens, il est préférable d'être prudent lorsque l'on accepte une hypothèse nulle.

Malheureusement, il n'existe aucune façon parfaite d'examiner la contribution des facteurs cognitifs dans la rechute dépressive. Chaque méthode utilisée comporte des avantages mais aussi des faiblesses qui limitent la portée des résultats.

#### Problème de puissance statistique

Les résultats ont démontré que l'hypothèse de congruence pour chacune des structures cognitives et le type d'événement n'était pas significative. À partir de ces résultats, doit-on rejeter cette hypothèse de congruence et accepter l'hypothèse nulle?

Rappelons que le devis de rémission comporte certaines limites et qu'il peut conduire à l'acceptation de l'hypothèse nulle pour une variété de raisons telles qu'un problème de puissance statistique. La puissance statistique d'un test se définit comme étant la probabilité de correctement rejeter une fausse hypothèse nulle (Howell, 1982). Une puissance statistique élevée signifie que les chercheurs ont une meilleure chance de correctement rejeter une fausse hypothèse nulle. De plus, les analyses de puissance statistique impliquent la grandeur de l'échantillon, le niveau de signification et l'effet de taille de la population (Cohen, 1992).

Dans la présente étude, nous pouvions nous attendre à un effet de taille large pour l'ensemble des analyses statistiques. Un effet de taille large signifie que nous avons plus de chance de détecter une différence significative. Puisqu'un grand nombre d'analyses a été effectué, nous avons utilisé la correction de Bonferroni afin de limiter la présence d'une erreur de type I. Toutefois, le recours fréquent à cette correction peut avoir limité la puissance statistique dans certaines des analyses. En effet, la puissance statistique pour l'hypothèse de congruence entre les structures cognitives et le type d'événement était de .07 (structure de dépendance), .32 (structure d'accomplissement) et .59 (structure d'auto-contrôle). Ainsi, la probabilité que les

analyses statistiques produisent des effets significatifs et que l'hypothèse nulle soit rejetée, était plutôt faible. Ainsi, il est possible que l'hypothèse de congruence entre les structures cognitives et le type d'événement aide à prédire la rechute dépressive, alors qu'un problème de puissance statistique n'ait pas permis de détecter cette relation.

Un commentaire semblable s'applique à l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive d'auto-contrôle. Malgré que plusieurs raisons puissent conduire à des résultats non significatifs, une puissance statistique plutôt faible est peut-être une des principales raisons. En effet, la puissance statistique était de .59 pour l'hypothèse de congruence entre l'auto-contrôle et le type d'événement, alors qu'elle était de .48 pour l'hypothèse de congruence entre l'auto-contrôle et l'impact subjectif de l'événement de vie. Ceci souligne l'importance de ne pas rejeter le concept d'auto-contrôle dans l'étude de la rechute dépressive. En fait, les travaux futurs devraient plutôt essayer de mieux définir et opérationnaliser ce concept, tout en l'évaluant auprès d'un échantillon plus grand.

Pour ce qui est de l'hypothèse de congruence entre la structure cognitive d'accomplissement et l'impact subjectif de l'événement de vie sur le réseau social, les résultats n'étaient pas significatifs, mais de très peu. Quoique la prudence soit de mise lors de l'interprétation de ces résultats, l'utilisation d'un échantillon plus grand aurait peut-être permis d'obtenir des résultats significatifs, puisque la puissance statistique était de .63. En résumé, les résultats non significatifs ne signifient pas que l'hypothèse de congruence doit être rejetée. Il est plus prudent de mentionner que d'autres facteurs tels que la puissance statistique ont peut-être empêché l'obtention de résultats significatifs.

### Mesure de l'impact de l'événement de vie.

Afin d'aller au-delà d'une simple identification des événements de vie, nous avons rajouté des questions afin d'évaluer l'impact subjectif de l'événement. Les participant(e)s devaient indiquer l'impact de l'événement sur le réseau social, l'autonomie fonctionnelle et l'auto-contrôle. Ces données figurent dans certains des tests statistiques. De plus, cette variable n'est constituée que d'un seul item. Par exemple, l'impact subjectif de l'événement provient d'un seul item où les participant(e)s devaient indiquer si l'événement avait apporté un changement dans les trois domaines et jusqu'à quel point cet événement avait eu un impact.

Or, la fidélité test-retest de cette variable n'a pas été mesurée et, bien entendu, nous n'avons pas pu en calculer l'homogénéité interne parce qu'il s'agit d'une variable constituée d'un seul item. Une mesure test-retest aurait permis de mesurer la fidélité temporelle, c'est-à-dire, de mesurer si les questions fournissent les mêmes résultats lorsque les participants y répondent à plus d'une reprise (Vallerand, 1994) alors que l'évaluation de l'événement par diverses dimensions aurait permis de mesurer la fidélité interitems, c'est-à-dire, de vérifier si les questions formulées démontrent une bonne homogénéité.

Malheureusement, comme l'ont souligné Baron et Kenny (1986), une erreur dans la mesure d'une variable peut conduire à une diminution de la puissance de détection d'une interaction significative. Entre autres, l'hypothèse de congruence entre la structure cognitive d'accomplissement et l'impact de l'événement de vie sur l'autonomie fonctionnelle n'était pas significative, mais de très peu.

Ainsi, certains facteurs peuvent expliquer la présence de résultats non significatifs lors du test de l'hypothèse de congruence tels qu'une faiblesse méthodologique dans la mesure d'une

variable importante ou encore une puissance statistique plutôt faible. Ceci souligne l'importance de ne pas rejeter l'hypothèse de la congruence même si certains des résultats de la présente étude n'étaient pas significatifs. Dans les futurs travaux, il serait donc pertinent d'inclure une mesure valide et fidèle de l'impact subjectif de l'événement de vie.

### Implication de la présente recherche pour la recherche et la pratique clinique

#### Implications pour la recherche.

À notre connaissance, l'étude présente est une des premières études à appuyer la pertinence du modèle de diathèse du stress pour la rechute dépressive au sein d'une population âgée. Il est bien entendu que nous avons dû faire des choix méthodologiques lors de la préparation du projet de recherche. Diverses raisons déjà discutées dont l'augmentation du pouvoir de détection de la dépression, nous ont amenés à utiliser un devis de rémission qui incluait une méthode longitudinale.

Une méthode d'amorçage qui est une sous-catégorie du devis de rémission aurait pu être utilisée. En effet, une grande variété de situations d'amorçage peut être dérivée d'un modèle cognitif de diathèse du stress en laboratoire. Par exemple, quelques travaux ont spécifié que certaines situations interpersonnelles telles que les critiques perçues par l'entourage familial (Hooley & Teasdale, 1989) constituent l'élément central qui risque d'activer une structure ayant un contenu similaire. Puisqu'un bon nombre de situations intéressantes peuvent être manipulées en laboratoire, une tâche d'amorçage pourrait, par exemple, contenir une procédure pendant laquelle les participants doivent lire un passage qui contient un événement interpersonnel où une personne reçoit des critiques personnelles. Toutefois, les chercheurs doivent tenir compte des considérations éthiques dans l'élaboration d'une telle tâche en laboratoire. Par exemple,

rappelons que les participants de la présente étude ont vécu un épisode de dépression majeure dans le passé alors que l'utilisation d'une tâche expérimentale peut induire un état de tristesse chez des gens déjà fragiles. De plus, une force de la présente étude est d'ailleurs le devis "naturaliste" utilisé comparativement à l'artificialité que l'on retrouve dans les tâches de laboratoire. Ainsi, il est préférable que les chercheurs tiennent compte des questions déontologiques afin de retrouver un équilibre important entre les considérations déontologiques et méthodologiques (Ingram & al., 1998).

De plus, l'événement de vie a été examiné en demandant aux participants de répondre à certaines questions qui concernaient l'événement de vie qu'ils ont vécu depuis les deux derniers mois. L'objectif était surtout d'évaluer l'impact de l'événement dans les trois domaines congruents aux structures cognitives. En majorité, les personnes disaient que l'événement avait augmenté leur sentiment de solitude ou brisé des relations amicales, que l'événement avait empêché l'accomplissement d'activités qu'elles aimaient ou encore que l'événement avait renforcé leur besoin de contrôler leurs émotions. Or, dans les futurs travaux, il serait important d'inclure une mesure plus pointue des événements de vie. Par exemple, Segal et al. (1992) ont examiné l'apparition des événements stressants en administrant un inventaire des événements de vie tous les deux mois. Une telle procédure permet de vérifier la prédiction des effets cumulatifs des stressors pendant plusieurs mois. De plus, la sévérité ou la signification d'un événement pour l'individu peut être évaluée par diverses dimensions de l'événement telles que la désirabilité/non désirabilité ainsi que l'attente/non attente de l'événement. Ces ajouts auraient permis de mieux mesurer la fidélité, c'est-à-dire, la confiance que nous avons dans les résultats obtenus pour l'impact de l'événement de vie.

### Implications cliniques.

Quelles sont les implications cliniques des résultats de la présente étude dans le traitement des personnes âgées vulnérables à la dépression? En général, ces résultats suggèrent que les structures dépressogènes de dépendance et d'accomplissement demeurent disponibles et, lorsqu'elles sont activées par un événement de vie congruent, peuvent conduire à une rechute dépressive ou une augmentation de la symptomatologie dépressive.

Dans une revue rétrospective des dernières trente années, Beck (1991) a mentionné que de nombreuses études ont soutenu l'efficacité de la thérapie cognitive dans le traitement de la dépression unipolaire, ce qui a donné lieu à de nombreuses stratégies et techniques psychothérapeutiques. Beck souligne également que la thérapie cognitive qui adopte le modèle cognitif de diathèse du stress aide à maintenir les gains et même prévenir la rechute dépressive. En effet, Teasdale, Segal et Williams (1995) ont rapporté quatre études (Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986; Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986; Evans et al., 1992; Shea et al., 1992) qui ont indiqué que la thérapie cognitive est supérieure à la pharmacothérapie dans la réduction de la rechute dépressive.

Plusieurs questions demeurent toutefois en suspens. La plus importante concerne l'efficacité de l'approche cognitive dans le traitement de la dépression au sein de la population âgée. En dépit des justifications théoriques et de l'efficacité de l'approche cognitive chez les cohortes plus jeunes, il faut préciser que très peu d'études ont inclus des personnes âgées dans leur échantillon. Néanmoins, Teri, Curtis, Gallagher-Thompson et Thompson (1994) ont souligné l'efficacité de l'intervention cognitive auprès des personnes âgées dépressives qui sont physiquement en santé. Ces gains semblent également se maintenir lors du suivi. Pour les

personnes âgées qui vivaient des problèmes de santé physique, l'approche cognitive apportait aussi des gains positifs, quoique plus modestes.

La première phase d'un traitement de l'approche cognitive est l'identification et la modification des pensées automatiques négatives alors que les structures dépressogènes font partie du travail subséquent (Rector, Segal, & Gemar, 1998). Pourtant, les résultats de la présente étude suggère l'importance de cibler directement les structures dépressogènes. D'ailleurs, Beck et al. (1983) avaient souligné l'idée d'identifier et de modifier directement les structures dépressogènes en plus d'identifier et modifier les pensées automatiques. De plus, il ne faut pas oublier l'importance des événements de vie de type interpersonnel dans le traitement de la dépression puisque ce type d'événements peut conduire à une rechute dépressive non seulement pour les individus hautement dépendant mais aussi pour les individus qui privilégient l'autonomie fonctionnelle. Plus particulièrement, de nouvelles techniques devraient être développées afin de modifier les structures dépressogènes d'accomplissement puisque cette structure est la plus pernicieuse.

De plus, d'autres programmes d'intervention qui favorisent l'autonomie fonctionnelle, sont aussi pertinents dans la prévention de la rechute dépressive chez les personnes âgées. Bouffard, Dubé, Lapierre et Bastin (1996) ont fait état d'un programme d'intervention qui portait spécifiquement sur la planification et la poursuite de buts personnels au sein de la population âgée. En plus de préciser l'efficacité d'une intervention axée sur les buts personnels, les chercheurs ont discuté de l'effet bénéfique de l'intervention au niveau des variables psychologiques telles que l'autonomie psychologique et fonctionnelle. Les résultats ont indiqué que l'application du programme d'intervention aide les personnes âgées plus autonomes à

augmenter leur croyance en la réalisation de projets. Pour les personnes peu autonomes (au niveau psychologique et physique), un programme d'intervention qui vise la poursuite de buts personnels peut aussi s'accompagner de sessions qui portent sur le soutien social.

Sur le plan théorique, et plus particulièrement le modèle de diathèse du stress, l'utilisation d'une méthode d'intervention qui favorise la croyance subjective dans une capacité à accomplir des projets est particulièrement pertinente. D'ailleurs, les personnes âgées basent leur niveau de santé selon leur capacité à exercer diverses activités quotidiennes (Lamy, Dubé, Lapierre, Alain, & Lalande, 1994). En effet, pour intervenir sur l'état mental d'une personne âgée, il est beaucoup plus important d'évaluer comment les événements reliés à la maladie physique sont perçus, plutôt que de s'attarder aux changements réels qui sont survenus (Kockott, 1987). Quoiqu'il soit difficile de modifier la présence de la maladie ou d'incapacités physiques, aider les personnes âgées à percevoir une meilleure autonomie peut les amener à percevoir différemment les événements de vie reliés à la santé physique, et ainsi les rendre moins susceptibles de vivre une rechute dépressive.

Les programmes d'intervention peuvent aussi contenir différentes stratégies telles que l'application d'un programme de conditionnement physique adapté à la personne. Dans une revue de la littérature qui concerne la psychothérapie à l'âge avancé, Kockott (1987) a fait remarquer qu'un programme de conditionnement physique peut avoir un effet bénéfique sur la dépression en restituant le sens d'indépendance, d'autosuffisance et d'accomplissement. Ce type de programme peut être particulièrement efficace pour les personnes âgées qui possèdent des structures cognitives d'accomplissement et qui sont facilement sensibles aux événements qui défient leurs besoins et préoccupations.

Ainsi, un plan d'intervention en vue de prévenir la rechute dépressive au sein d'une population âgée peut aussi bien cibler directement les structures dépressogènes d'accomplissement, que modifier l'évaluation subjective de l'impact des événements par l'entremise d'une augmentation de la croyance en la réalisation de projets ou d'un programme de conditionnement physique.

## CONCLUSION

Dans le présent projet, nous avons examiné le modèle de diathèse du stress dans la prédiction de la rechute dépressive au sein d'une population âgée. Chaque hypothèse a été testée à l'aide de deux modèles de congruence ainsi que d'un modèle de non congruence. Les résultats de la présente étude soutiennent l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance dans la prédiction de la rechute dépressive. Ces résultats appuient les travaux antérieurs (Hammen et al., 1985, 1989; Segal et al., 1989, 1992; Zuroff & Mongrain, 1987). Un tel lien entre les variables cognitives et interpersonnelles est au coeur des récents développements des théories cognitives de la dépression (Ingram et al., 1998). À notre connaissance, cette étude est la première à appuyer l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive de dépendance dans la prédiction d'un épisode dépressif, et plus particulièrement la rechute dépressive auprès d'une population gériatrique.

Les résultats fournissent également quelques informations importantes pour l'hypothèse de congruence de la structure cognitive d'accomplissement. En effet, les résultats indiquent un modèle similaire à celui retrouvé pour la structure cognitive de dépendance. Quoique l'hypothèse de congruence pour la structure d'accomplissement n'était pas aussi fortement appuyée par les analyses statistiques comparativement à l'hypothèse de congruence pour la structure de dépendance, l'hypothèse de non congruence pour cette structure cognitive d'accomplissement n'était pas significative, mais de très peu. Dans l'ensemble, ces résultats donnent quelques indications sur le caractère pernicieux de la structure cognitive d'accomplissement dans la prédiction de la rechute dépressive au sein de la population âgée. En effet, il semble que la structure dépressogène d'accomplissement peut être activée par des événements de vie

spécifiques au domaine de cette structure mais aussi par des événements négatifs dont l'impact est vécu au niveau interpersonnel. Il est intéressant de noter que la plupart des études n'ont pas soutenu l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive d'accomplissement (Coyne & Whiffen, 1995). Par contre, les résultats d'une étude de Segal et al. (1992) ont indiqué que cette hypothèse tendait à prédire la rechute dépressive.

Pour ce qui est de l'hypothèse de congruence pour la structure cognitive d'auto-contrôle, aucune analyse n'a confirmé cette hypothèse, ce qui laisse supposer qu'elle n'est pas vraiment utile dans la compréhension de la rechute dépressive. Cette conclusion doit être établie avec prudence puisque le type de devis utilisé peut conduire à l'acceptation de l'hypothèse nulle pour une variété de raisons. Entre autres, une difficulté à définir et opérationnaliser le concept d'auto-contrôle ainsi que la petite taille de l'échantillon peuvent être des facteurs qui n'ont pas permis de détecter une hypothèse de congruence significative.

La présente recherche suggère également que l'étude de l'hypothèse de congruence devrait adresser la perception subjective de l'événement de vie négatif tel que perçue par la personne. En effet, aucune des hypothèses de congruence n'était significative lorsque les événements de vie étaient évalués en fonction d'une catégorisation a priori. Comme l'avait souligné Robins (Robins & Block, 1988), il est préférable d'étudier l'évaluation subjective du caractère stressant des événements dans chaque domaine (interpersonnel et accomplissement).

Dans l'ensemble, cette étude fournit quelques indications aux intervenants quant aux stratégies à inclure dans les programmes d'intervention afin de prévenir une rechute dépressive. Une piste d'intervention possible serait de modifier les structures dépressogènes de dépendance et d'accomplissement. De même, il serait important d'aider les personnes âgées à percevoir les

événements sociaux et ceux reliés à la santé physique, d'une façon différente.

De plus, il serait intéressant de poursuivre les recherches afin de mieux déterminer les facteurs prédictifs de la rechute dépressive pour la population âgée. Quoique les diverses embûches reliées au recrutement des sujets conduisent à la présence de petits échantillons, il serait important de s'efforcer à obtenir un échantillon de plus grande taille. Ceci permettrait alors d'augmenter les chances d'identifier des résultats significatifs. Tout en permettant une amélioration des connaissances pour la population âgée, les travaux de rechute permettront également d'établir des programmes d'interventions qui cibleront les prédictifs de la rechute dépressive au sein de cette population.

## RÉFÉRENCES

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., & Hogan, M.E. (1997). Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. Cognitive Therapy and Research, 21, 247-265.

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Donovan, P., Rose, D.T., Panzarella, C., & Ranieri, D. (1999). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 13, 5-20.

Aldwin, C.M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. Journal of Gerontology, 46, 174-180.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Arnold, M.B. (1960). Emotion and personality. New York: Columbia University Press.

Averill, J.R. (1979). A selective review of cognitive and behavioral factors involved in the regulation of stress. In R.A. Depue (Ed.), The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress. New York: Academic Press.

Baldwin, R.C., & Jolley, D.J. (1986). The prognosis of depression in old age. British Journal of Psychiatry, 149, 574-583.

Barden, N. (1988). Entrevue clinique structurée pour le DSM-III-R version patient. Manuel non publié.

- Barnett, P.A., & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning in depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. Psychological Bulletin, 104, 97-126.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.
- Bartko, J.J., & Carpenter, W.T. (1976). On the methods and theory of reliability. The Journal of Nervous and Mental Disease, 163, 307-317.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: Part I. Archives of General Psychiatry, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton, & J.E. Barrett (Eds.), Treatment of depression: Old controversies and new approaches (pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1984). Cognition and therapy. Archives of General Psychiatry, 41, 1112-1114.

- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. American Psychologist, 46, 368-375.
- Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R., & Emery, G. (1983). Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, B. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Beck, A.T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive Therapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), Comprehensive handbook of cognitive therapy (pp. 210-36). New York: Plenum Press.
- Belsher, G., & Costello, C.G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. Psychological Bulletin, 104, 84-96.
- Blackburn, I.M., Eunson, K.M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. Journal of Affective Disorders, 10, 67-75.
- Blackburn, I.M., & Smyth, P. (1985). A test of cognitive vulnerability in individuals prone to depression. British Journal of Clinical Psychology, 24, 61-62.

Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. Psychoanalytic Study of the Child, *29*, 107-157.

Blatt, S.J., Ford, R.Q., Berman, W., Cook, B., & Meyer, R. (1988). The assessment of change during the intensive treatment of borderline and schizophrenic young adults. Psychoanalytic Psychology, *9*, 157-190.

Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Pilkonis, P.A., & Tracie Shea, M. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 125-132.

Blazer, D.G. (1994). Epidemiology of late-life depression. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds, B.D. Lebowitz, & A.J. Friedhoff (Eds.), Diagnosis and treatment of depression in late life (pp. 117-130). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., & Bastin, E. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. Revue québécoise de psychologie, *17*, 115-133.

Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1988). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. Recherche présentée à l'assemblée annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Halifax, Canada.

Breslau, N. (1985). Depressive symptoms, major depression, and generalized anxiety: A comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. Psychiatry Research, 15, 219-229.

Brown, G.P., Hammen, C.L., Craske, M.G., & Wickens, T.D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 104, 431-435.

Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock.

Brown, G.W., & Harris, T.O. (1989). Life events and illness. New York: The Guilford Press.

Cane, D.B., Olinger, L.J., Gotlib, I.H., & Kuiper, N.A. (1986). Factor structure of the dysfunctional attitudes scale in a student population. Journal of Clinical Psychology, 42, 307-309.

Cappeliez, P. (1994). Depression in elderly persons: Prevalence, predictors, and psychological intervention. In P. Cappeliez & R. Flynn (Eds.), Depression and the social environment: Research and intervention with neglected populations (pp. 332-368). Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.

Cappeliez, P., Quintal, M., Blouin, M., Bourgeois, A., Finlay, M., Robillard, A., & Gagné, S. (1996). Étude des propriétés psychométriques de la version française du Modified

Mini-Mental State (3MS) avec une population psychogériatrique. Revue canadienne de psychiatrie, 41, 114-121.

Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). Cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (4th ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 853-863.

Coyne, J.C. (1976a). Depression and the response of others. Journal of Abnormal Psychology, 85, 186-193.

Coyne, J.C. (1976b). Toward an interactional description of depression. Psychiatry, 39, 28-40.

Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B., & Greden, J.F. (1987). Living with a depressed person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 347-352.

Coyne, J.C., & Margolin, G. (1985). Depression and marital disagreement: The social construction of despair. Journal of Social and Personal Relationships, 2, 447- 461.

Coyne, J.C., & Whiffen, V.E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression:

The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. Psychological Bulletin, **118**, 358-378.

Eaves, G., & Rush, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. Journal of Abnormal Psychology, **93**, 31-40.

Emery, G., & Tracy, N.L. (1987). Theoretical issues in the cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. In L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), Anxiety and stress disorders (pp. 3-38). New York: The Guilford Press.

Erikson, E.H. (1950). Childhood and society. New York: Norton.

Evans, M.D., Hollon, S.D., De Rubeis, R.J., Piasecki, J., Grove, W.M., Garvey, M.J., & Tuason, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry, **49**, 802-808.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Version (SCID-I / P). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, **12**, 189-198.

Frank, E., Prien, R., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., Lavori, P.W., Rush, A.J., & Weissman, M.M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Archives of General Psychiatry, **48**, 851-855.

French, S.L., Gekoski, W.L., & Knox, V.J. (1995). Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. Social Indicators Research, *35*, 1-25.

George, L.K. (1994). Social factors and depression in late life. In L.S. Schneider, C.F., Reynolds, B.D. Lebowitz, & A.J. Friedhoff (Eds.), Diagnosis and treatment of depression in late life (pp. 131-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.

George, L.K., Blazer, D.G., Hughes, D.C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. British Journal of Psychiatry, *154*, 478-485.

Gonzales, L.R., Lewinsohn, P.M., & Clarke, G.N. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives. An investigation of predictors of relapse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *53*, 461-469.

Gotlib, I.H., Lewinsohn, J.R., Seeley, P.R., Rohde, P., & Redner, J.E. (1993). Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents: An examination of stability and specificity. Journal of Abnormal Psychology, *102*, 607-615.

Green, B.H., Copeland, J.R.M., Dewey, M.E., Sharma, V., & Davidson, I.A. (1994). Factors associated with recovery and recurrence of depression in older people: A prospective study. International Journal of Geriatric Psychiatry, *9*, 789-795.

Hair, J.F., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (1987). Multivariate data analysis with readings. New York: Macmillan Publishing Company.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness.

British Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 278-296.

Hammen, C., Burge, D., Daley, S., Davila, J., Paley, B., & Rudolph, D. (1995).

Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. Journal of Abnormal Psychology, 104, 436-443.

Hammen, C., Ellicott, A., & Gitlin, M. (1989). Vulnerability to specific life events and prediction of course of disorder in unipolar depressed patients. Canadian Journal of Behavioral Science, 21, 377-388.

Hammen, C., Ellicott, A., Gitlin, M., & Jamison, K.R. (1989). Sociotropy/Autonomy and vulnerability to specific life events with unipolar depression and bipolar depression. Journal of Abnormal Psychology, 98, 154-160.

Hammen, C.L., Marks, T., Mayol, A., & deMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression. Journal of Abnormal Psychology, 94, 308-319.

Hammen, C., Miklowitz, D.J., & Dyck, D.G. (1986). Stability and severity parameters of depressive self-schema responding. Journal of Social and Clinical Psychology, 4, 23-45.

Hauck, W.W., & Donner, A. (1977). Wald's test as applied to hypotheses in logit analysis. Journal of the American Statistical Association, 72, 851-853.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., Ediger, E., Norton, G.R., & Flynn, C.A. (1998). Perfectionism in chronic and state symptoms of depression. Canadian Journal of Behavioural Science, 30, 234-242.

- Higgins, E.T., King, G.A., & Mavin, G.H. (1982). Individual construct accessibility and subjective impressions and recall. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 35-47.
- Hinrichsen, G.A. (1992). Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. American Journal of Psychiatry, 149, 1575-1579.
- Hooley, J.M., Orley, J., & Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. British Journal of Psychiatry, 148, 642-647.
- Hooley, J.M., & Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. Journal of Abnormal Psychology, 98, 229-235.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (1989). Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons.
- Howell, D.C. (1982). Statistical methods for psychology. Boston: Duxbury Press.
- Ingram, R.E., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: The Guilford Press.
- Joiner, T.E., & Rudd, M.D. (1996). Toward a categorization of depression-related psychological constructs. Cognitive Therapy and Research, 20, 51-68.
- Kahn, J., Coyne, J.C., & Margolin, G. (1985). Depression and marital disagreement: The social construction of despair. Journal of Social and Personal Relationships, 2, 447-461.
- Kanner, A.C., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two

modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 1-39.

Karel, M.J. (1997). Aging and depression: Vulnerability and stress across adulthood. Clinical Psychology Review, 17, 847-879.

Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., & Norman, W.H. (1992). Recovery and major depression: Factors associated with twelve-month outcome. American Journal of Psychiatry, 149, 93-99.

Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., Endicott, V., Coryell, W., Hirschfeld, R.M.A., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. Archives of General Psychiatry, 49, 809-816.

Keller, M.B., Shapiro, R.W., Lavori, P.W., & Wolfe, N. (1982). Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and contingency models. Archives of General Psychiatry, 39, 905-910.

Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L., & Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. Cognitive Therapy and Research, 11, 289-299.

Kendall, P. C., & Ingram, R.E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In P.C. Kendall & D.Watson (Eds.), Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features (pp. 27-53). San Diego, CA: Academic Press.

- Kennedy, G.J., Kelman, H.R., Thomas, C., Wisniewski, W., Metz, H., & Bijur, P.E. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. American Journal of Psychiatry, 146, 220-225.
- Kockott, G. (1987). Psychotherapy in advanced age. In M. Bergener (Ed.), Psychogeriatrics: An international handbook (pp. 377-403). New York: Springer.
- Lakey, B., & Ross, L.T. (1994). Dependency and self-criticism as moderators of interpersonal and achievement stress: The role of initial dysphoria. Cognitive Theory and Research, 18, 581-599.
- Lam, D.H., Green, B., Power, M.J., & Checkley, S. (1994). The impact of social cognitive variables on the initial level of depression and recovery. Journal of Affective Disorders, 32, 75-83.
- Lam, D.H., Green, B., Power, M.J., & Checkley, S. (1996). Dependency, matching adversities, length of survival and relapse in major depression. Journal of Affective Disorders, 37, 81-90.
- Lamy, L., Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1994). L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteurs de l'autonomie psychologique des personnes âgées. Revue québécoise de psychologie 15, 23-46.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

- Lazarus, R.S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. American Psychologist, 38, 245-254.
- Lewinsohn, P.M., Zeiss, A.M., & Duncan, E.M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. Journal of Abnormal Psychology, 98, 107-116.
- Miranda, J., Persons, J.B., & Byers, C. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. Journal of Abnormal Psychology, 99, 237-241.
- Moos, R.H. (1990). Depressed outpatients life contexts, amount of treatment, and treatment outcome. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 105-112.
- Murphy, E. (1983). The prognosis of depression in old age. British Journal of Psychiatry, 142, 111-119.
- Myers, R. (1990). Classical and modern regression with applications (2nd ed.). Boston: Duxbury Press.
- Neugebauer, R. (1984). The reliability of life event reports. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events and their contexts (pp. 106-110). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Nietzel, M.T., & Harris, M.J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. Clinical Psychology Review, 10, 279-297.
- Norusis, M.J. (1993a). SPSS for Windows: Base System User's Guide: Release 6.0. Chicago: SPSS inc.

Norusis, M.J. (1993b). SPSS for UNIX: Advanced statistics, version 5.0. Chicago: SPSS inc.

Paykel, E.S., Myers, J.K., Dienelt, M.N., Klerman, G.L., Lindenthal, J.A., & Pepper, M.P. (1969). Life events and depression: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 21, 753-757.

Pedhazur, E.J. (1982). Multiple regression in behavioral research (2nd ed.). New York: Holt Rinehart & Winston.

Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), Comprehensive handbook of cognitive therapy (pp. 299-319). New York: Plenum Press.

Pfeiffer, E. (1978). Multidimensional Functional Assessment: The OARS methodology, a manual (2nd ed.). Durham, NC: Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development.

Post, F. (1972). The management and nature of depression illness in late life: A follow-up study. British Journal of Psychiatry, 121, 393-404.

Power, M.J. (1987). Cognitive theories of depression. In H.J. Eysenck & I. Martin (Eds.), Theoretical Foundations of Behavior Therapy (pp. 235-255). New York: Plenum Press.

Power, M.J., & Champion, L.A. (1986). Cognitive approaches to depression: A theoretical critique. British Journal of Clinical Psychology, 25, 201-212.

Power, M.J., Duggan, C.F., Lee, A.S., & Murray, R.M. (1995). Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. Psychological Medicine, 25, 87-93.

Power, M.J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C.F., Lam, D., & Beck, A.T. (1994). The dysfunctional attitude scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. Journal of Research in Personality, 28, 263-276.

Prien, R.F., Carpenter, L.L., & Kupfer, D.J. (1991). The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder: A review of the current research literature. Archives General of Psychiatry, 48, 796-800.

Rahe, R.H. (1975). Epidemiologic studies of life change and illness. Journal of Psychiatry in Medicine, 6, 133-146.

Raphael, K.G., Cloitre, M., & Dohrenwend, B.P. (1991). Problems of recall and misclassification with checklist methods of measuring stressful life events. Health Psychology, 10, 62-74.

Rector, N.A., Segal, Z.V., & Gemar, M. (1998). Schema research in depression: A canadian perspective. Canadian Journal of Behavioural Science, 30, 213-224.

Roberts, J.E., & Kassel, J.D. (1996). Mood-state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. Cognitive Therapy and Research, 20, 1-12.

Robins, C.J. (1990). Congruence of personality and life events in depression. Journal of

Abnormal Psychology, 99, 393-397.

Robins, C.J., & Block, P. (1988). Personal vulnerability, life events, and depressive symptoms: A test of a specific interactional model. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 847-852.

Robins, C.J., & Hayes, A.M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 205-214.

Rosenthal, R., & Rosnow, R.L. (1975). The volunteer subject. New York: John Wiley & Sons.

Roth, M., Huppert, F.A., Tym, E., & Mountjoy, C.Q. (1988). CAMDEX: The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Cambridge: Cambridge University Press.

Safran, J.D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. Clinical Psychology Review, 10, 87-105.

Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books.

Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. Psychological Bulletin, 103, 147-162.

Segal, Z.V., Shaw, B.F., & Vella, D.D. (1989). Life stress and depression: A test of the congruency hypothesis for life event content and depressive subtype. Canadian Journal of Behavioural Science, 21, 389-400.

Segal, Z.V., Shaw, B.F., Vella, D.D., & Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. Journal of Abnormal Psychology, 101, 26-36.

Shapiro, S., Skinner, E.A., Kessler, L.G., Von Korff, M., German, P.S., Tischler, G.L., Leaf, P.J., Benham, L., Cottler, L., & Regier, D.A. (1984). Utilization of health and mental health services: Three Epidemiologic Catchment Area Sites. Archives of General Psychiatry, 41, 971-978.

Shea, T.M., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Krupnick, J., Dolan, R.T., & Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Archives of General Psychiatry, 49, 782-787.

Shrout, P.E., Link, B.G., Dohrenwend, B.P., Skodol, A.E., Stueve, A., & Mirotznic, J. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: The role of fateful loss events. Journal of Abnormal Psychology, 98, 460-467.

Sillamy, N. (1989). Dictionnaire de Psychologie. Paris: Librairie Larousse.

Silverman, J.S., Silverman, J.A., & Eardley, D.A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? Archives of General Psychiatry, 41, 28-30.

Simons, A.D., Garfield, S.L., & Murphy, G.E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry, 41, 45-51.

Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L., & Wetzel, R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. Archives of General Psychiatry, 43, 43-48.

Smith, T.W., O'Keeffe, J.L., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: Correlates of depression or moderators of the effects of stressful events? Journal of Personality Disorders, 2, 160-169.

Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J., & Oliveri, M.E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. American Journal of Psychiatry, 148, 997-1008.

Spitzer, R.L., & Endicott, J. (1978). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Gibbon, M. (1992). Structured Clinical Interview for DSM-III-R - Patient Version (SCID-P). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Stevens, J. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). Using multivariate statistics (3rd ed.).

California, CA: Harper Collins.

Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?

Behaviour Research Therapy, 33, 25-39.

Teng, E.L., & Chui, H.C. (1987). The Modified Mini-Mental State Examination. Journal of Clinical Psychiatry, 48, 314-318.

Tennen, H., Hall, J.A., & Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. Journal of Personality and Social Psychology, 68, 870-884.

Teri, L., Curtis, J., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1994). Cognitive-behavior therapy with depressed older adults. In L.S. Schneider, C.F., Reynolds, Lebowitz, B.D., & A.J. Friedhoff (Eds.), Diagnosis and treatment of depression in late life (pp. 279-291).

Washington, DC: American Psychiatric Press.

Tomassone, R., Lesquoy, E., & Millier, C. (1983). La régression: nouveaux regards sur une ancienne méthode statistique. Paris: Masson.

Vallerand, R.J. (1994). Les fondements de la psychologie sociale. Québec: Gaëtan Morin.

Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.

- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). Psychologie gérontologique. Québec: Ga tan Morin.
- Vézina, J., & Giroux, L. (1988). L'échelle des embêtements: Une étude de validation française du Hassles Scale pour les personnes âgées. Communication présentée au 49 me congrès annuel de la Société Canadienne de Psychologie.
- Vézina, J., Laprise, R., Gourgue, M., Parenteau, P., & Fréchette, M. (1992). Comparaison de la performance diagnostique de l'Inventaire de dépression de Beck et de l'échelle de dépression gériatrique: Utilisation des courbes caractéristiques. Les cahiers de recherche de l' cole de Psychologie. Québec: Université Laval.
- Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978, November). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. Archives General of Psychiatry, 49, 630-636.
- Williams, J.M.G., Healy, D., Teasdale, J.D., White, W., & Paykel, E.S. (1990). Dysfunctional attitudes and vulnerability to persistent depression. Psychological Medicine, 20, 375-381.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.

Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). The relationship of physical disease and functional impairment to depression in the elderly. Psychology and Aging, 2, 572-581.

Zuroff, D.C., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective state. Journal of Abnormal Psychology, 96, 14-22.

## **FORMULAIRE DE RECRUTEMENT**

**Le but de la présente lettre est de vous inviter à participer à un projet de recherche conduit par Marlène Voyer M.Ps, étudiante au Doctorat en psychologie à l'Université d'Ottawa et supervisée par le Dr. Philippe Cappeliez, professeur de psychologie à l'Université d'Ottawa. L'étude porte sur la rechute d'un épisode dépressif et elle s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, hommes et femmes, qui ont souffert de dépression au cours des derniers six mois et qui sont présentement en rémission. Votre participation à cette étude est volontaire et consistera à répondre à des questionnaires brefs à deux reprises pendant une entrevue qui durera approximativement une heure trente minutes. Vous devrez aussi répondre à quelques questions par téléphone à certains moments après la première entrevue.**

**Afin d'éviter que vous ayez à vous déplacer, l'évaluation sera faite à votre domicile. Les informations que vous donnerez aux questionnaires demeurent strictement confidentielles et seuls les chercheurs principaux auront accès à ces informations. Néanmoins, si au cours de la passation des questionnaires, vous vivez une réaction émotionnelle intense, il sera alors nécessaire d'aviser votre médecin ou les infirmières de l'établissement où vous recevez des soins.**

**Votre participation sera grandement appréciée et apportera des informations utiles à la compréhension de la dépression au sein d'une population âgée. Si vous désirez des informations supplémentaires, contactez Marlène Voyer au 562-5289.**

**Si vous désirez participer, vous devez d'abord signer le présent formulaire afin que votre médecin ou les infirmières communiquent votre nom et numéro de téléphone à Marlène Voyer.**

**Je consens à ce que mon médecin ou les infirmières divulgue mon nom et mon numéro de téléphone à Marlène Voyer.**

**Signature de la personne:**

\_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Merci de votre intérêt pour ce projet de recherche.**

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je, \_\_\_\_\_, suis intéressé(e) à collaborer à une étude sur la dépression menée par Marlène Voyer M.Ps., étudiante au Doctorat en psychologie à l'Université d'Ottawa et supervisée par le Dr. Philippe Cappeliez, professeur en psychologie à l'Université d'Ottawa. L'objectif de cette recherche est d'avoir une meilleure compréhension des facteurs qui causent la rechute de la dépression et elle s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, hommes et femmes, qui ont souffert de dépression au cours des derniers six mois et qui sont présentement en rémission.

Si je décide de prendre part à cette étude, ma participation consistera à remplir des questionnaires brefs à deux reprises qui concernent les symptômes dépressifs, les événements de vie, les fonctions cognitives et les attitudes. La passation des questionnaires devrait durer approximativement une heure trente minutes. Si pour une raison quelconque je ne peux pas remplir les questionnaires demandés, l'évaluation sera scindée en deux entrevues et remise à une date ultérieure selon ma convenance. La chercheuse principale communiquera également avec moi par téléphone à cinq reprises. Je donne mon consentement pour qu'une partie des deux entrevues soit enregistrée sur bandes magnétiques. Je m'attends à ce que le contenu de cet enregistrement ne soit utilisé que pour cette recherche et qu'il soit détruit à la fin de l'étude.

Il est possible que la passation des questionnaires évoque, à certains moments, des réactions émotionnelles négatives. J'ai toutefois reçu l'assurance des chercheurs qu'ils tenteront de minimiser ces situations.

Comme ma participation est volontaire, je peux me retirer de l'étude sans que la qualité des soins que je reçois de mon médecin ne soit affectée. Bien que ma participation à tous les moments de l'évaluation soit importante, je peux me retirer à tout moment de l'étude.

J'ai l'assurance des chercheurs nommés dans le présent formulaire de consentement que les réponses que je donnerai aux questionnaires resteront strictement confidentielles et que seuls les chercheurs principaux auront accès à cette information. Toutefois, dans l'éventualité où je vivais une réaction émotionnelle intense lors de la passation des questionnaires, il faudrait alors que les informations soient communiquées à mon médecin ou aux infirmières de l'établissement où je reçois des soins. Il y a deux copies de ce formulaire de consentement, dont une que je peux garder. Pour tout renseignement supplémentaire, je peux communiquer avec Marlène Voyer au 562-5289.

**SIGNATURE DE LA PERSONNE PARTICIPANT À LA RECHERCHE:**

\_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA RECHERCHE:**

\_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Facultatif: Je désire recevoir un bref résumé des résultats qui sera disponible en septembre 1998 à l'adresse qui suit:

\_\_\_\_\_

## Fiche signalétique

### Section A:

Les informations que nous vous demandons de remplir sont confidentielles. Une fois ces informations recueillies et analysées, elles seront détruites.

Numéro du sujet: \_\_\_\_\_

1. Quelle est votre date de naissance? \_\_\_\_\_

Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_

2. Genre: \_\_\_\_\_

3. Est-ce que vous êtes marié(e), veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)?

1. Marié(e)
2. Veuf(ve)
3. Célibataire
4. Autre (divorcé or séparé)

4. Combien d'années de scolarité avez-vous terminées?

1. 0 à 4 ans \_\_\_\_\_
2. 5 à 8 ans \_\_\_\_\_
3. École secondaire non complétée \_\_\_\_\_
4. École secondaire complétée \_\_\_\_\_
5. Études post-secondaires (ex: école des affaires) \_\_\_\_\_
6. 1 à 3 années collégiales \_\_\_\_\_
7. 4 années collégiales complétées \_\_\_\_\_
8. Autres diplômes (ex: universitaire) \_\_\_\_\_

5. Quel est votre revenu annuel?

1. moins de 9,999 \_\_\_\_\_
2. 10,000 à 19,999 \_\_\_\_\_
3. 20,000 à 29,999 \_\_\_\_\_
4. 30,000 à 39,999 \_\_\_\_\_
5. 40,000 et plus \_\_\_\_\_

6. Quel est le type de résidence dans lequel vous habitez?

- 1. Maison \_\_\_\_\_
- 2. Appartement \_\_\_\_\_
- 3. Chambre \_\_\_\_\_
- 4. Loyer modique \_\_\_\_\_
- 5. Autre \_\_\_\_\_

Etes-vous

- 1. Locataire \_\_\_\_\_
- 2. Propriétaire \_\_\_\_\_

7. Avec qui habitez-vous présentement?

- 1. Conjoint \_\_\_\_\_
- 2. Seul \_\_\_\_\_
- 3. Frère ou soeur \_\_\_\_\_
- 4. Ami \_\_\_\_\_
- 5. autre \_\_\_\_\_

Section B:

8. Actuellement, estimez-vous que votre état de santé physique est excellent, bon, passable ou mauvais?

- 1. Excellente \_\_\_\_\_
- 2. Bonne \_\_\_\_\_
- 3. Passable \_\_\_\_\_
- 4. Mauvaise \_\_\_\_\_
- Pas de réponse \_\_\_\_\_

9. Comparativement à il y a 5 ans, votre état de santé physique actuel est-il meilleur, le même ou pire?

- 1. Meilleur \_\_\_\_\_
- 2. A peu près le même \_\_\_\_\_
- 3. Pire \_\_\_\_\_
- Pas de réponse \_\_\_\_\_

10. Jusqu'à quel point vos problèmes de santé physique vous empêchent-ils de réaliser les activités que vous souhaiteriez?

- 1. Beaucoup \_\_\_\_\_
- 2. Un peu \_\_\_\_\_
- 3. Aucunement \_\_\_\_\_
- Pas de réponse \_\_\_\_\_

**Section C:**

**11. Est-ce que vous prenez des médicaments?**

1. Oui \_\_\_\_\_
2. Non \_\_\_\_\_

**Si oui, veuillez indiquer le nom de ces médicaments ainsi que la posologie.**

---

---

**12. Est-ce que votre médecin a changé la médication ou la posologie au cours des deux derniers mois? Si oui, veuillez donner plus de détails?**

---

---

**13. Est-ce que vous avez pris d'autres médicaments en plus de ceux dont vous m'avez déjà parlé?**

1. Oui \_\_\_\_\_
2. Non \_\_\_\_\_

**Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_**

**14. Combien de fois avez-vous consulté votre médecin primaire ou votre psychiatre au cours des deux derniers mois? \_\_\_\_\_**

**Section D:**

**Les questions suivantes ont trait à vos relations actuelles avec les membres de votre famille, vos amis et votre entourage.**

**15. Combien de fois avez-vous parlé au téléphone avec quelqu'un (amis, parents ou autres) dans la dernière semaine (que ce soit eux ou vous qui ayez appelé)?**

1. Une fois par jour ou plus
  2. Deux à six fois dans la dernière semaine
  3. Une fois dans la dernière semaine
  4. Pas du tout dans la dernière semaine
- Question non répondue**

16. Dans la dernière semaine, combien de fois avez-vous passé du temps avec quelqu'un qui ne vit pas avec vous, c'est-à-dire, quelqu'un que vous êtes allés voir, qui vous a visité ou avec qui vous êtes sortis? Indiquez le nombre de fois: \_\_\_\_\_

1. Une fois par jour ou plus
  2. Deux à six fois dans la dernière semaine
  3. Une fois dans la dernière semaine
  4. Pas du tout dans la dernière semaine
- Question non répondue

17. Y a-t-il quelqu'un à qui vous pouvez faire confiance ou vous confier?

1. Oui
  0. Non
- Pas de réponse

18. Y a-t-il une personne qui vous aiderait si vous étiez malade ou handicapé, par exemple un conjoint, un parent ou un ami?

1. Oui
  0. Non
- Pas de réponse
- Si oui, qui est cette personne?
- Nom \_\_\_\_\_
- Lien de parenté \_\_\_\_\_

## «MINI MENTAL» MODIFIE (3MS)

Sujet: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ M F 3MS: \_\_\_\_\_ 100 MMS: \_\_\_\_\_ 30

3MS MMS

\_\_\_\_\_ 5

Lieu et date de naissance:

Quantième: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3

\_\_\_\_\_ 3

Enregistrement (nombre de pratiques: \_\_\_\_\_)

1- Chemise Bleu Honnêteté  
2- Chaussure Brun Moralité  
3- Chandail Blanc Humilité

\_\_\_\_\_ 7

\_\_\_\_\_ 5

Inversion mentaleCompte à rebours de 5 à 1 OK= 2  
1 ou 2 erreurs = 0,1

Epeler à l'envers le mot: monde = 0 1 2 3 4 5

\_\_\_\_\_ 9

\_\_\_\_\_ 3

1 er rappelRappel spontané 3  
Après «quelque chose pour se vêtir» 2  
«chemise, chaussure, chandail» 0,1  
Rappel spontané 3  
Après «une couleur» 2  
«bleu brun blanc» 0,1  
Rappel spontané 3  
Après «une bonne qualité personnelle» 2  
«honnêteté, moralité, humilité» 0,1

\_\_\_\_\_ 15

\_\_\_\_\_ 5

Orientation TemporelleAnnée: Actuelle 8  
+ 1 an 4  
+ 2-5 ans 0,2  
Saison: Actuelle ou + un mois 0,1  
Mois: Actuel ou + 5 jours 2  
Erreur de + un mois 0,1  
Date: Actuelle 3  
+ 1-2 jours 2  
+ 3 à 5 jours 0,1  
Jour de la semaine: Actuel 0,1

<u>5</u>	<u>5</u>	<u>Orientation spatiale</u>	
		Pays	0,2
		Province	0,1
		Ville (Cité)	0,1
		Hôpital/Edifice/Maison (le cas échéant)	0,1

<u>5</u>	<u>2</u>	Dénomination (MMS Crayon: _____ Montre: _____)	
		Front: _____ Menton: _____ Epaule: _____	
		Coude: _____ Jointure: _____	

<u>10</u>		<u>Vocabulaire</u>	
		Animaux à quatre pattes (30 secondes)	
		«Nommez les animaux qui ont 4 pattes» max: 10	

<u>6</u>		<u>Similitudes</u>	
		«Bras-jambe»	
		Partie du corps, membre, etc	2
		Réponse moins adéquate	0,1
		«Tristesse-gravité»	
		Sentiment, émotion	2
		Autre bonne réponse	0,1
		«Manger-dormir»	
		Essentiel à la vie	2
		Autre bonne réponse	0,1

<u>5</u>	<u>1</u>	Répétition «Répéter ce que je dis»:	
		«J'irais à la maison (toilette)»	2
		1 ou 2 syllabes /oubliées ou fausses	0,1
		Pas de si ni/de mais	3

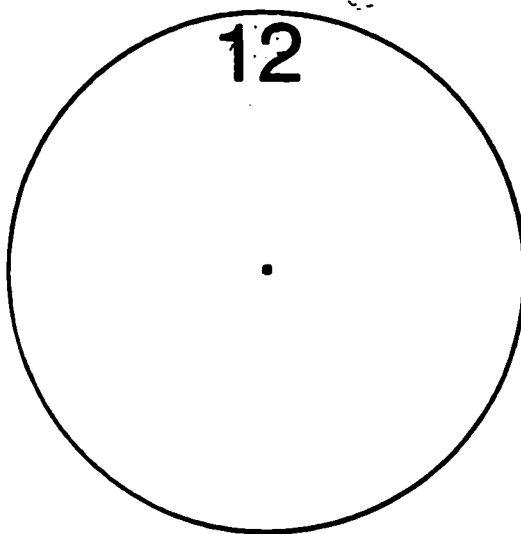
<u>3</u>	<u>1</u>	<u>Lire et obéir «fermer vos yeux»</u>	
		Obéit sans suggestion	3
		Obéit avec suggestion	2
		Lit à voie haute seulement (spontanément ou sur demande)	0,1

<u>5</u>	<u>1</u>	<u>Ecriture</u>	
		«J'irais à la maison « ou »	0-5
		«J'irais dehors»	
		(MMS phrase spontanée 0,1)	

10	1	Copie des pentagones (1 min.) 5 côtés approximativement égaux 5 côtés inégaux ( 2:1) Autre figure fermée 2 lignes ou +	Chaque fig.
			4 4 3 3 2 2 0,1 0,1
		4 coins fermeture qui n'a pas 4 coins	Intersection 2 0,1
3	3	Commandement à 3 temps Prenez ce papier de la main gauche/ droite Pliez le deux fois Me le redonner	
9		Deuxième Rappel Quelque chose pour se vêtir Couleur Bonne qualité personnelle	0,1,2,3, 0,1,2,3, 0,1,2,3,

	3MS		MS
Lieu et date de naissance	_____	(5)	
Enregistrement	_____	(3)	(3)
Inversion mentale	_____	(7)	(5)
1 <sup>er</sup> rappel	_____	(9)	(3)
Orientation temporelle	_____	(15)	(5)
Orientation spatiale	_____	(5)	(5)
Dénomination	_____	(5)	(2)
Vocabulaire	_____	(10)	
Similitudes	_____	(6)	
Répétition	_____	(5)	(1)
Lire et obéir	_____	(3)	(1)
Ecriture	_____	(5)	(1)
Copie des pentagones	_____	(10)	(1)
Commandement en 3 temps	_____	(3)	(3)
Deuxième rappel	_____	(9)	
<b>Total</b>	_____		_____

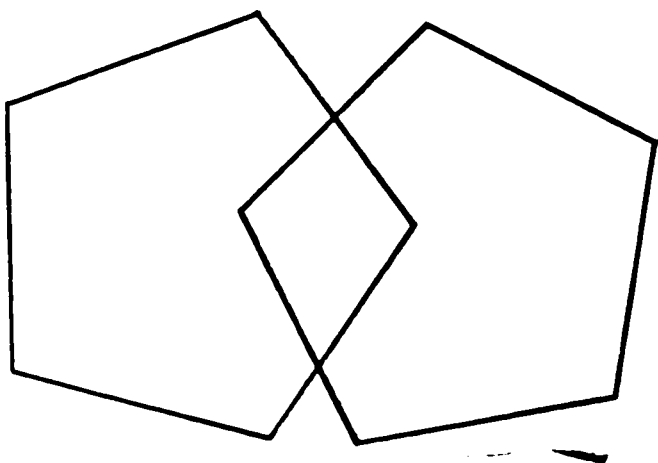
Inscrire les chiffres.  
Indiquer avec les  
aiguilles l'heure  
suivante: 11h10.



Écriture:

Nom:

Phrases:



**FERMEZ LES YEUX**

**TROUBLES DE L'HUMEUR ACTUELS (SDM)**

**TROUBLES DE L'HUMEUR**

03	duplicate	b
1-2	3-14	15

Dans cette section, les syndromes dépressifs majeurs, maniaques, hypomaniaques et dysthymiques sont évalués. Les diagnostics sont faits à "D, Troubles de l'humeur" suite à "C, Troubles psychotiques" (sauf pour les troubles dysthymiques qui sont diagnostiqués dans cette section).

**SYNDROME DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL**

**CRITERES DIAGNOSTIQUES SYNDROME DEPRESSIF MAJEUR (SDM)**

Je vais maintenant te poser quelques questions sur la façon dont tu te sens dans ta peau, ces temps-ci.

A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de 2 semaines (et représentent un changement comparativement au fonctionnement antérieur) et au moins un des symptômes était

- (1) humeur dépressive
- (2) perte d'intérêt ou de plaisir.

Au cours du mois qui vient de passer.....

(1) humeur dépressive la majeure partie de la journée, presque chaque jour (rapport subjectif ou observé par les autres)

? 1 2 3 16

....as-tu traversé une période pendant laquelle tu t'es senti déprimé, ou découragé à la journée longue, presque tous les jours? (comment t'es-tu senti au juste?)

SI OUI: ça a duré combien de temps? (Aussi long que deux semaines?)

? 1 2 3 17

...est-ce que ça t'est arrivé de ne plus avoir d'intérêt pour grand chose ou de ne plus aimer les choses que tu aimais avant? (comment ça s'était passé au juste)

(2) diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans toutes, ou presque, les activités habituelles, presque toute la journée, presque chaque jour (soit subjectivement ou observé par les autres d'une apathie la plupart du temps)

si ni item (1), ni item (2) n'est coté "3", passer à "troubles dépressifs passés" A.5
---

SI OUI: Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours? Combien de temps est-ce que cela a duré (aussi long que deux semaines?)

**NOTE: NE PAS INCLURE LES SYMPTOMES QUI SONT CLAIREMENT DUS A UNE CONDITION PHYSIQUE, DES DELIRES OU DES HALLUCINATIONS NON-CONGRUENTES A L'HUMEUR, INCOHERENCE OU RELACHEMENT MARQUE DES ASSOCIATIONS OU SIMPLEMENT DES SYMPTOMES PRODROMIQUES OU RESIDUELS DE LA SCHIZOPHRENIE**

? = information inadéquate    1 = absent ou faux    2 = sous-seuil    3 = seuil ou vrais

**TROUBLES DE L'HUMEUR ACTUELS (SDM)**

Pour les questions qui suivent, se centrer sur les deux semaines les plus pires du dernier mois (ou les deux dernières semaines si le niveau de dépression était le même tout au long du mois).

Pendant cette période...

<p>...as-tu perdu ou gagné du poids? (Combien?) Avais-tu essayé de perdre du poids? Si non: Comme était ton appétit (comparé à d'habitude comment était-il? Devais-tu te forcer pour manger? Mangeais-tu plus ou moins que d'habitude? Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?)</p>	<p>(3) perte ou gain de poids significatif? sans diète ou excès alimentaire (ex. plus de 5% du poids corporel en 1 mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque chaque jour. Indiquez si:                  _____ perte de poids ou diminution de l'appétit                  _____ gain de poids ou augmentation de l'appétit</p>	<p>? 1 2 3   18</p>
---	--	---------------------

<p>... comment était ton sommeil? (avais-tu de la difficulté à t'endormir ou à rester endormi? Te réveillais-tu souvent? Te réveillais-tu trop de bonne heure? Dormais-tu trop? Comparé à d'habitude, combien d'heures par nuit dormais-tu? Est-ce que c'était comme ça presque toutes les nuits?)</p>	<p>(4) insomnie ou hypersomnie presque chaque jour. Indiquez si:                  _____ insomnie                  _____ hypersomnie</p>	<p>? 1 2 3   19</p>
--	---	---------------------

<p>...étais-tu nerveux(se) ou agité(e) que t'étais pas capable de rester en place? (Si je t'avais vu, est-ce que je l'aurais remarqué? Etait-ce comme ça presque tous les jours?) Si non: ou, le contraire... Bougeais-tu ou parlais-tu plus lentement que d'habitude? (Si je t'avais vu, est-ce que je l'aurais remarqué? Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?)</p>	<p>(5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque chaque jour (observable par les autres et <u>non pas</u> limité à un sentiment subjectif d'agitation ou de ralentissement intérieur. Notez bien: Considérez les comportements durant l'entretien. Indiquez si:                  _____ ralentissement psychomoteur                  _____ agitation psychomotrice</p>	<p>? 1 2 3   20</p>
---	--	---------------------

<p>... et ton énergie, elle? (Étais-tu toujours fatigué?)</p>	<p>(6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours</p>	<p>? 1 2 3   22</p>
---	--	---------------------

Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?)

?=information inadéquate 1=absent ou faux 2=sous-seuil 3=seuil ou vrais

... comment te sentais-tu dans ta peau? (Avais-tu l'impression que tu n'étais bon(ne) à rien?)

Si non: Te sentais-tu coupable pour des choses que tu avais faites ou omises? Presque tous les jours?)

...As-tu de la difficulté à penser ou à te concentrer? (Presque tous les jours?)  
Si non: As-tu de la difficulté à prendre des décisions de tous les jours? (Presque tous les jours?)

...est-ce que les choses allaient si mal que tu aurais aimé mieux être mort(e) ou que tu pensais à te blesser? (Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?) (As-tu essayé de te blesser?)

(7) sentiments d'indignité, d'auto-accusation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pouvant être délirants) presque chaque jour (pas seulement des reproches à soi-même ou de la culpabilité d'être malade)

Note: Cotez "1" ou "2" s'il y a seulement présence d'une faible estime de soi.

Indiquez si:

- sentiments d'indignité
- culpabilité excessive

8) diminution de l'aptitude à penser? ou se concentrer ou indécision chaque jour (soit subjectivement ou observé par les autres).

Indiquez si:

- difficultés à se concentrer
- difficultés à prendre des décisions

(9) pensées récurrentes de mort, (pas seulement la peur de mourir), idéation suicidaire récurrente sans plan spécifique, ou tentative de suicide avec plan spécifique pour commettre le suicide.

Indiquez si:

- pensée de mort
- idées suicidaires
- plan spécifique
- tentative de suicide

AU MOINS 5 DES SYMPTOMES (1-9) EN "A" CI-DESSUS SONT COTES "3" ET AU MOINS UN DE CEUX-LA EST A.1 OU A.2

"troubles dépressifs passés" A.5

?=information inadéquate 1=absent ou faux 2= sous-seuil 3= seuil ou vrais



**TROUBLES DE L'HUMEUR ACTUELS (SDM)**

**SI LA DEPRESSION FUT RELATIVEMENT BREVE:**  
Est-ce tout ça a commencé pas longtemps après la mort d'une personne qui était proche de toi?

**SI OUI: DETERMINEZ SI TOUT EPISODE DEPRESSIF N'EST PAS ATTRIBUABLE A UN DEUIL NON-COMPLIQUE. SI TEL EST LE CAS, COTEZ "3".**

**B. (2) Pas une réaction normale à la perte d'un être cher (deuil non-complicé)**  
NOTE: préoccupations morbides d'être sans valeur, idéation suicidaire, trouble du fonctionnement marqué ou retard psychomoteur ou une durée prolongée suggèrent un deuil compliqué par une dépression majeure

?	1	3	27
éliminer deuil non-complicé		épisode actuel n'est pas causé par un deuil non-complicé	
aller à "syndrome majeur dépressif passé" A.5			

**LES CRITERES A ET B DU SYNDROME MAJEUR DEPRESSIF (SDM) SONT COTES "3"**

?	1	3	27
aller à "syndrome dépressif majeur passé"		épisode actuel syndrome majeur	

Quel âge avais-tu la première fois que tu as eu beaucoup de ces symptômes-là qui ont duré au moins deux semaines?

Age du début du syndrome majeur dépressif sans équivoque.  
(COTE 99 SI INCONNU)

—	—	29-30
---	---	-------

Combien de fois dans ta vie as-tu été (down/déprimé/triste), presque tous les jours, pendant au moins deux semaines et que tu as eu plusieurs de ces symptômes dont tu m'as parlés, comme....(symptômes du pire épisode)

Nombre d'épisodes du syndrome majeur dépressif  
(COTE 99 SI TROP NOMBREUX OU TROP DIFFICILE A CALCULER)

—	—	31-32
---	---	-------

aller à "Syndrome maniaque, épisode actuel" A. 9
--

? = information inadéquate      1 = absent ou faux      2 = sous-seuil      3 = seuil ou vrais

**TROUBLES DE L'HUMEUR PASSES (SDM)**

**CRITERES DIAGNOSTIQUES (SDM)**

**TROUBLES DEPRESSIFS MAJEURS PASSES**

As-tu déjà, au cours de ta vie, traversé une période pendant laquelle tu t'es senti déprimé ou découragé, à la journée longue, presque tous les jours? (Comment t'es-tu senti exactement?)

SI PRESEMENTEMENT DEPRIME, MAIS NE RENCONTRE PAS TOUS LES CRITERES POUR UN TROUBLE DE L'HUMEUR ACTUEL, RECHERCHEZ UNE HISTOIRE EN MODIFIANT LES QUESTIONS SUIVANTES EN CONSEQUENCE: Y a-t-il déjà eu un autre épisode dans le passé pendant laquelle vous avez éprouvé encore plus de problèmes similaires à ceux mentionnés?

SI OUI: C'était quand ça?  
Combien de temps cela a-t-il duré?  
(Aussi long que deux semaines?)

Est-ce que ça t'est arrivé, à un moment de ta vie, de ne plus avoir d'intérêt pour grand chose ou de ne plus apprécier les choses comme avant? (Comment ça s'est passé?).

SI OUI: Ça t'est arrivé quand ça?  
Est-ce que tu t'es senti comme ça presque tous les jours? Combien de temps ça a duré? (Aussi long que deux semaines?)

As-tu eu plus d'une période comme ça dans ta vie?

SI OUI: C'était laquelle, la pire?

A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et au moins un des symptômes était  
(1) Humeur dépressive  
(2) Perte d'intérêt ou de plaisir (et représente un changement comparativement au fonctionnement antérieur)

(1) Humeur dépressive la majeure partie de la journée, presque chaque jour (rapport subjectif ou observation par les autres)

(2) diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans toutes ou presque les activités habituelles, presque toute la journée, presque chaque jour (soit subjectivement ou observé par les autres d'une apathie la plupart du temps)

?	1	2	3	33
?	1	2	3	34
Si ni item (1) ni item (2) n'est coté "3", passer à "syndrome maniaque, épisode actuel" A.9				

**NOTE: NE PAS INCLURE LES SYMPTOMES QUI SONT CLAIREMENT DUS A UNE CONDITION PHYSIQUE, DES DELIRES OU DES HALLUCINATIONS INCONGRUENTES A L'HUMEUR, INCOHERENCE OU RELACHEMENT MARQUE DES ASSOCIATIONS OU SIMPLEMENT DES SYMPTOMES PRODROMIQUES OU RESIDUELS DE LA SCHIZOPHRENIE**

? = information inadéquate      1 = absent ou faux      2 = sous-seuil      3 = seuil ou vrais

## TROUBLES DE L'HUMEUR PASSES (SDM)

SE CONCENTRER SUR LE PIRE  
EPISODE DONT LE SUJET PEUT  
SE SOUVENIR

<p>Pendant cette période.... ..as-tu perdu ou gagné du poids? (combien?)</p> <p>SI NON: Comment était ton appétit? (Comparé à d'habitude, comment était-il? Mangeais-tu plus ou moins que d'habitude? Etait-ce comme ça presque tous les jours?)</p>	<p>(3) Perte ou gain de poids significatif, sans diète ou excès alimentaire (Ex. plus de 5% du poids corporel en 1 mois) ou diminution ou changement de l'appétit presque chaque jour.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>35</p>
<p>...comment était ton sommeil? (Avais- tu de la difficulté à t'endormir ou à rester endormi? Te réveillais-tu souvent? Trop de bonne heure? Dormais-tu trop? Comparé à d'habitude, combien d'heures par nuit dormais-tu? Est-ce que c'était comme ça presque toutes les nuits?)</p>	<p>(4) Insomnie ou hypersomnie presque chaque jour.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>36</p>
<p>... étais-tu si nerveux(se) ou agité(e) que t'étais pas capable de rester en place? (Si je t'avais vu, est-ce que je l'aurais remarqué? Etait-ce comme ça presque tous les jours?)</p> <p>SI NON: Ou, le contraire... Bougeais-tu ou parlais-tu plus lentement que d'habitude? ((Si je t'avais vu, est-ce que je l'aurais remarqué? C'était comme ça presque tous les jours?)</p>	<p>(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque chaque jour (Observable par les autres) et non pas limité à un sentiment subjectif d'agitation ou de ralentissement intérieur.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>37</p>
<p>... comment était ton énergie, elle? (Etais-tu toujours fatigué? Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?)</p>	<p>(6) Fatigue ou perte d'énergie presque chaque jour</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>38</p>
<p>... comment te sentais-tu dans ta peau? (Avais-tu l'impression que tu n'étais pas bon(ne) à rien?) (Presque tous les jours)</p> <p>SI NON: Te sentais-tu coupable pour des choses que tu avais faites? (presque tous les jours?)</p>	<p>(7) Sentiments d'indignité, d'auto- accusation, ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pouvant être délirants). Presque chaque jour (Pas seulement des reproches à soi- même ou de la culpabilité d'être malade)</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>39</p>

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrais

**TROUBLES DE L'HUMEUR PASSES (SDM)**

pendant cette période-là...

.. as-tu eu de la misère à penser ou à te concentrer? (Presque tous les jours?)

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer, ou indécision presque chaque jour (soit subjectivement ou observé par les autres)

? 1 2 3 40

SI NON: As-tu eu de la difficulté à prendre des décisions de tous les jours? (Presque tous les jours?)

(9) pensées récurrentes de mort (pas seulement la peur de mourir), idéation suicidaire récurrente sans plan spécifique, ou tentative de suicide avec plan spécifique pour commettre le suicide

? 1 2 3 41

...est-ce que ça allait si mal que tu aurais aimé mieux être mort(e) ou que tu pensais à te faire mal? (Est-ce que c'était comme ça presque tous les jours?)

AU MOINS 5 DES SYMPTOMES CI-DESSUS [A (1-9)] SONT COTES "3" ET AU MOINS UN DE CEUX-LA EST COTES (1) OU (2)

3 42

(As-tu essayé de te blesser?)

SI PAS ENCORE DEMANDE: Y a-t-il une autre période dans ta vie où tu étais (déprimé/down), et où tu avais encore plus de symptômes que ceux dont on vient juste de parler?

SI NON: PASSEZ A SYNDROME MANIAQUE ACTUEL, A. 9  
SI OUI: RECOTEZ LES SYMPTOMES DE A (1 à 9) POUR LE PIRE EPISODE

**ROLE ETIOLOGIQUE D'UN FACTEUR ORGANIQUE DANS LE SYNDROME DEPRESSIF COMPLET**

Juste avant que ces problèmes-là commencent, avais-tu une maladie physique? (Qu'est-ce que ton médecin en pensait?) Prenais-tu de la drogue ou des médicaments? (Y a-t-il eu un changement dans la quantité que tu prenais?)

B.(1) Il ne peut être établi qu'un facteur organique a commencé ou maintenu le trouble ou desordre. SI FACTEUR ORGANIQUE, DECRIRE:

? 1	3	43
éliminer facteur organique"	pas de organique	
passer à "syndrome maniaque actuel" A.9	CON-TINUE	

Buvais-tu beaucoup? (Y a-t-il eu des changements?)

SI OUI: A UNE DE CES QUESTIONS DETERMINEZ SI L'EPISODE DEPRESSIF ETAIT PRECIPITE ET SOUTENU PAR UN FACTEUR ORGANIQUE.

? = information inadéquate    1 = absent ou faux    2 = sous-seuil    3 = seuil ou vrais

TROUBLES DE L'HUMEUR PASSES (SDM)

SI LA DUREE DE LA DEPRESSION ETAIT RELATIVEMENT BREVE: Est-ce que tout cela a commencé pas longtemps après la mort d'une personne qui était proche de toi?

SI OUI, DETERMINEZ SI UN EPISODE DEPRESSIF N'ETAIT PAS DU A UN DEUIL NON-COMPLIQUE. SI OUI, COTEZ "3".

B. (2) Pas une réaction normale à la perte d'un être cher (deuil non-compliqué)  
NOTE: préoccupations morbides d'être sans valeur, idéation suicidaire, trouble du fonctionnement marqué ou retard psychomoteur ou une durée prolongé suggèrent un deuil compliqué par une dépression majeure

?	1	3	44
éliminer "un deuil non-compliqué"		au moins un épisode n'est pas dû à un deuil non compliqué	
aller à "syndrome maniaque, actuel" A.9			

NOTE: COTEZ "3" SI AU MOINS UN EPISODE N'EST PAS UN DEUIL NON-COMPLIQUE

LES CRITERES DU SYNDROME MAJEUR DEPRESSIF A ET B SONT COTES "3".

?	1	3	45
aller à "syndrome maniaque, actuel"		syndrome dépressif majeur passé	

Quel âge avais-tu la première fois que tu as eu beaucoup de ces symptômes-là qui ont duré au moins deux semaines?

Age au début du premier épisode du syndrome majeur dépressif sans équivoque (COTEZ 99 SI INCONNU)

_____	_____	46-47
-------	-------	-------

Combien de fois dans ta vie as-tu été (déprimé/down), presque tous les jours, pendant au moins deux semaines et que tu as eu plusieurs de ces symptômes dont tu m'as parlés, comme....(symptômes du pire épisode)?

Nombre d'épisodes du syndrome majeur dépressif (COTEZ 99 SI TROP NOMBREUX POUR LES CALCULER)

_____	_____	48-49
-------	-------	-------

? = information inadéquate    1 = absent ou faux    2 = sous-seuil    3 = seuil ou vrais

## Appendice 1

### Echelle de dépression gériatrique

Instructions: Entourez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au

1. Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez? .....Oui / Non
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts? .....Oui / Non
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie? .....Oui / Non
4. Vous ennuyez-vous souvent? .....Oui / Non
5. Etes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir? .....Oui / Non
6. Etes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire? .....Oui / Non
7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral? .....Oui / Non
8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave? .....Oui / Non
9. Etes-vous heureux/heureuse la plupart du temps? .....Oui / Non
10. Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance? .....Oui / Non
11. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter? .....Oui / Non
12. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités? .....Oui / Non
13. Etes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir? .....Oui / Non
14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens? .....Oui / Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle? .....Oui / Non
16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e)? .....Oui / Non
17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel? .....Oui / Non
18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup? .....Oui / Non
19. Trouvez-vous la vie très excitante? .....Oui / Non
20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets? .....Oui / Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie? .....Oui / Non
22. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée? .....Oui / Non
23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous? .....Oui / Non
24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens? .....Oui / Non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer? .....Oui / Non
26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer? .....Oui / Non
27. Etes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin? .....Oui / Non
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales? .....Oui / Non
29. Prenez-vous facilement des décisions? .....Oui / Non
30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé? .....Oui / Non

No du sujet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Questionnaire des événements de vie récents

#### Partie 1:

Dans les prochaines pages vous trouverez une liste des événements qu'une personne peut vivre au cours de son existence. Nous voulons connaître les événements que vous avez vécu depuis les deux derniers mois.

Nous allons parcourir la liste des événements et vous devrez me dire si vous avez vécu ces événements depuis les deux derniers mois (pour la plupart des événements vous allez me dire 0, mais pour les événements que avez vécus, vous devrez me dire le nombre de fois).

## A. LA SANTÉ

1. Une maladie ou une blessure physique:

A) Qui a exigé que vous restiez au lit une semaine ou que vous soyez hospitalisé? \_\_\_\_\_

B) Un événement moins sérieux que celui décrit plus haut? \_\_\_\_\_

2. Une hospitalisation (nuit)? \_\_\_\_\_

3. Une amélioration majeure dans votre santé? \_\_\_\_\_

4. Une visite chez votre dentiste pour une intervention majeure? \_\_\_\_\_

5. Un changement majeur dans votre alimentation? \_\_\_\_\_

6. Un changement majeur dans vos habitudes de sommeil? \_\_\_\_\_

7. Un changement dans le type ou la quantité d'activités récréatives? \_\_\_\_\_

## B. TRAVAIL

Note: Les questions 7 à 15 concernent le travail. Pour les personnes qui n'ont jamais travaillé ou qui étaient retraitées lors de la dernière évaluation et qui n'ont pas retravaillé depuis 6 mois allez à l'item 16.

8. Commencer un nouvel emploi? \_\_\_\_\_

9. Changement pour un nouveau type d'emploi? \_\_\_\_\_

10. Un changement dans le nombre d'heures ou les conditions de travail? \_\_\_\_\_

11. Un changement dans les responsabilités au travail:

A) Plus de responsabilité? \_\_\_\_\_

B) Moins de responsabilité? \_\_\_\_\_

C) Promotion? \_\_\_\_\_

D) Etre relégué à une position inférieure? \_\_\_\_\_

E) Transfert? \_\_\_\_\_

12. Difficultés au travail

- A) Avec votre patron? \_\_\_\_\_
- B) Avec vos collègues de travail? \_\_\_\_\_
- C) Avec des personnes sous votre supervision? \_\_\_\_\_
- D) D'autres problèmes au travail? \_\_\_\_\_

13. Un réajustement majeur dans les affaires? \_\_\_\_\_

14. La retraite? \_\_\_\_\_

15. Etre:

- A) Renvoyé du travail? \_\_\_\_\_
- B) Mis à pied au travail? \_\_\_\_\_

16. Prendre un cours par correspondance ou étudier à la maison pour vous aider dans votre travail? \_\_\_\_\_

**C. MAISON et FAMILLE**

17. Un changement de résidence:

- A) Déménager dans un centre pour personnes âgées? \_\_\_\_\_
- B) Déménager dans une ville ou province différente? \_\_\_\_\_
- C) Déménager dans la même ville ou village? \_\_\_\_\_

18. Un changement majeur dans les conditions de vie (amélioration ou déclin dans votre habitation ou voisinage)? \_\_\_\_\_

19. Le décès de votre conjoint(e)? \_\_\_\_\_

20. La mort d'un:

- A) Enfant? \_\_\_\_\_
- B) Frère ou soeur? \_\_\_\_\_
- C) Parent? \_\_\_\_\_
- D) D'autres membres de la famille? \_\_\_\_\_

21. La mort d'un ami cher? \_\_\_\_\_

22. Un nouveau membre dans votre foyer? \_\_\_\_\_

- A) Enfant? \_\_\_\_\_
- B) Petit-enfant? \_\_\_\_\_

C) Autre membre de la famille? \_\_\_\_\_

D) Individu qui n'est pas un membre de la famille? \_\_\_\_\_

23. Un changement majeur dans la santé ou le comportement d'un membre de la famille (maladie, accident, drogue ou problèmes disciplinaires)? \_\_\_\_\_

24. Un changement dans la famille (get-togethers)? \_\_\_\_\_

25. Un changement dans les relations entre les membres de votre famille? \_\_\_\_\_

26. Un accomplissement majeur d'un membre de la famille? \_\_\_\_\_

27. Mariage? \_\_\_\_\_

28. Un changement dans le nombre de disputes avec votre conjoint(e)? \_\_\_\_\_

29. Des problèmes avec la famille de votre conjoint(e)? \_\_\_\_\_

30. **SÉPARATION DU OU DE LA CONJOINT(E):**

A) Causée par des problèmes maritaux? \_\_\_\_\_

B) Autres (ex: hospitalisation)? \_\_\_\_\_

31. Une réconciliation avec votre conjointe? \_\_\_\_\_

32. Un divorce? \_\_\_\_\_

33. Le conjoint(e) commence ou cesse de travailler à l'extérieur de la maison? \_\_\_\_\_

34. Un changement dans le statut marital d'un enfant ou d'un petit-enfant?

A) Mariage? \_\_\_\_\_

B) Divorce? \_\_\_\_\_

C) Remariage? \_\_\_\_\_

35. Le déménagement d'un enfant dû à:

A) Un Mariage? \_\_\_\_\_

B) Travail? \_\_\_\_\_

C) Autres raisons? \_\_\_\_\_

36. La naissance d'un petit-enfant? \_\_\_\_\_

37. Un changement majeur dans le nombre de désaccords (disputes) avec vos enfants? \_\_\_\_\_

#### **D. PERSONNEL ET SOCIAL**

38. Un accomplissement personnel majeur? \_\_\_\_\_
39. Un changement dans vos habitudes personnelles (habillement, amis, style de vie, etc.)? \_\_\_\_\_
40. Un changement dans vos activités sociales (clubs, films, visites)? \_\_\_\_\_
41. Un changement dans les activités cléricales? \_\_\_\_\_
42. Commencer ou terminer le collège? \_\_\_\_\_
43. Un changement à l'école ou au collège? \_\_\_\_\_
44. Des difficultés sexuelles? \_\_\_\_\_
45. Une vacance? \_\_\_\_\_
46. Un changement dans vos croyances religieuses? \_\_\_\_\_
47. Un changement dans vos croyances politiques? \_\_\_\_\_
48. Une violation mineure de la loi? \_\_\_\_\_
49. Des problèmes légaux qui ont conduit à une détention en prison? \_\_\_\_\_
50. Une nouvelle relation personnelle importante? \_\_\_\_\_
51. La rupture d'une relation personnelle importante? \_\_\_\_\_
52. Des problèmes avec des amis (hommes ou femmes)? \_\_\_\_\_
53. Une perte ou dommage fait à un objet ou propriété personnelle? \_\_\_\_\_
54. Un engagement à se marier? \_\_\_\_\_
55. Un accident ou blessure? \_\_\_\_\_
56. Une décision majeure concernant le futur immédiat? \_\_\_\_\_
57. Cesser de conduire une automobile? \_\_\_\_\_
58. Atteindre l'âge de 65 ans? \_\_\_\_\_

59. Noël? \_\_\_\_\_

60. **FINANCE**

61. Faire un achat (modéré) tel qu'une télévision, une voiture, un réfrigérateur? \_\_\_\_\_

62. Le refus d'une institution à allouer un prêt ou une hypothèque? \_\_\_\_\_

63. La vente de possessions majeures? \_\_\_\_\_

64. Abandonner certaines responsabilités financières? \_\_\_\_\_

65. Un changement majeur dans les finances?

A) Augmentation du revenu? \_\_\_\_\_

B) Diminution du revenu? \_\_\_\_\_

C) Difficultés avec une marge de crédit? \_\_\_\_\_

Partie 2:

Ces questions seront demandées pour chaque événement coché dans la partie 1.

1 - Pourriez-vous me décrire ce qui est arrivé et ce que vous avez fait?

---

---

---

---

2 - Est-ce que cet événement a eu un impact sur votre réseau social (conjoint(e), membres de la famille, amis ou connaissances)? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact dans vos relations avec les autres?

Aucun impact \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

3 - Est-ce que cet événement a apporté un changement sur votre autonomie fonctionnelle? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact sur votre capacité d'accomplir des activités ou des projets?

Ne s'applique pas \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

4 - Est-ce que cet événement a apporté un changement dans votre sentiment d'être en contrôle de vos émotions? Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point cet événement a eu un impact sur votre sentiment d'être en contrôle de vos émotions?

Aucun impact \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

5 - Pouviez-vous contrôler cet événement?

- 1) Pas du tout
- 2) Un peu
- 3) Modérément
- 4) Entièrement

Maintenant que nous avons parlé des événements de vie, je vais terminer en vous posant quelques questions sur les tracas de la vie quotidienne que vous avez peut-être vécus au cours des deux derniers mois et je vais vous demander de m'indiquer jusqu'à quel point chacune des situations ou tracas vous a embêté. La majorité des gens ont à un moment donné de leur vie, des tracas quotidiens ou des ennuis mineurs qui les dérangent. Ces difficultés ont la particularité de se manifester souvent parfois même quotidiennement.

1 - Est-ce que vos relations avec les autres (conjoint, membres de la famille, amis et connaissances) vous ont préoccupées souvent? \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point ces tracas vous ont embêté?

Aucun tracas \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

2 - Est-ce que votre capacité d'accomplir des activités ou des projets vous a préoccupée souvent?  
\_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point ce tracas vous a embêté?

Aucun tracas \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

3 - Votre sentiment d'être en contrôle de vos émotions vous a-t-il préoccupé souvent?  
\_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer jusqu'à quel point ce tracas vous a embêté?

Aucun tracas \_\_\_\_\_  
Peu grave \_\_\_\_\_  
Modérément grave \_\_\_\_\_  
Extrêmement grave \_\_\_\_\_

**Tableau A-1.**

Nombre de réponses et pourcentage pour chaque catégorie de l'événement de vie (selon une méthode préétablie)

Variables	Fréquence <sup>a</sup>	Pourcentage
Type d'événements		
Dépendance	17	41.5
Accomplissement	20	48.8
Auto-contrôle	4	9.8

<sup>a</sup> Il s'agit du nombre de réponses pour chaque catégorie pour tous les participants.

**Tableau A-2.**

Moyennes et écarts-types de l'impact subjectif de l'événement de vie

Variables	<u>M</u>	<u>ET</u>
Impact de l'événement sur le réseau social	.98	1.06
Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	.68	.99
Impact de l'événement sur l'auto-contrôle	.15	.22

Note. Cette échelle variait de 0 à 4.

**APPENDICES**

1. **Formulaire de recrutement**
2. **Formulaire de consentement**
3. **Fiche signalétique**
4. **3MS (trouble cognitif)**
5. **The Structured Clinical Interview for DSM-IV (Diagnostic de dépression)**
6. **Échelle de dépression gériatrique (Symptomatologie dépressive)**
7. **Échelle des attitudes dysfonctionnelles (Schémas dépressogènes)**
8. **Recent Life Change Questionnaire (Événements de vie)**
9. **Tableau A-1. Nombre de réponses et pourcentage pour chaque catégorie de l'événement de vie (méthode pré-établie)**
10. **Tableau A-2. Moyennes et écarts-types de l'impact subjectif de l'événement de vie**
11. **Tableau A-3. Matrice d'intercorrélations entre les variables prédictrices et les variables prédites**

**Tableau A-1.**

Nombre de réponses et pourcentage pour chaque catégorie de l'événement de vie (selon une méthode préétablie)

Variables	Fréquence <sup>a</sup>	Pourcentage
Type d'événements		
Dépendance	17	41.5
Accomplissement	20	48.8
Auto-contrôle	4	9.8

<sup>a</sup> Il s'agit du nombre de réponses pour chaque catégorie pour tous les participants.

**Tableau A-2.**

Moyennes et écarts-types de l'impact subjectif de l'événement de vie

Variables	<u>M</u>	<u>ET</u>
Impact de l'événement sur le réseau social	.98	1.06
Impact de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle	.68	.99
Impact de l'événement sur l'auto-contrôle	.15	.22

Note. Cette échelle variait de 0 à 4.

**Tableau A-3.**

**Matrice d'intercorrélations entre les variables prédictrices et les variables prédites**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. DÉP	1.00							
2. ACC	.62*	1.00						
3. AUTO	.01	.39	1.00					
4. ÉVÉSO	.07	.03	-.35	1.00				
5. ÉVÉAC	-.08	.06	-.10	.18 <sup>a</sup>	1.00			
6. ÉVÉAU	-.34	-.20	.02	-.15 <sup>a</sup>	.003 <sup>a</sup>	1.00		
7. RECHUTE	.11 <sup>a</sup>	.17 <sup>a</sup>	-.07 <sup>a</sup>	.54* <sup>a</sup>	.41* <sup>a</sup>	.33* <sup>a</sup>	1.00	
8. SYMPTÔMES	.20	.19	-.09	.45* <sup>a</sup>	.37* <sup>a</sup>	.28 <sup>a</sup>	.85*	1.00

Notes.

\*  $p < .006$

<sup>a</sup> L'association a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation point bisériale.

1. DÉP = Échelle de dépendance du DAS-24. 2. ACC = Échelle d'accomplissement du DAS-24.  
3. AUTO = Échelle d'auto-contrôle du DAS-24. 4. ÉVÉSO = Évaluation subjective de l'événement sur le réseau social. 5. ÉVÉAC = Évaluation subjective de l'événement sur l'autonomie fonctionnelle. 6. ÉVÉAU = Évaluation subjective de l'événement sur l'auto-contrôle. 7. Rechute dépressive mesurée par le SCID. 8. SYMPTÔMES = Symptomatologie dépressive mesurée par l'EDG.